

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN AN JUVENILEN INSUFFIZIENZSYNDROMEN

von

Willibald Meyer

aus

Freystadt

1979

1980 № 125



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546211_0004

Aus der Nervenklinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. H.H. Wieck

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN AN JUVENILEN INSUFFIZIENZSYNDROMEN

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Willibald Meyer

aus

Freystadt

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten
Referent: Priv.-Doz. Dr. R. Baer
Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 10.12.1979

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	<u>Seite</u>
I. Einleitung und Problematik	1
II. Insuffizienzsyndrome	
1. Im Rahmen der normalen Pubertät und Adoleszenz	4
2. Im Vorfeld von Psychosen, in deren Intervallen und bei abnormen Persönlichkeiten	8
3. Die Stellung der autochthonen Asthenie in der psychiatrischen Systematik	13
III. Kasuistik	
1. Das Krankengut	16
2. Die Kranken mit einer endogenen Psychose	18
3. Abnorme Erlebnisreaktion, abnorme Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathie	36
4. Die Suchtpatienten	51
5. Hirnschäden durch äußere Gewalteinwirkung	57
6. Die Kranken mit frühkindlichen Hirnschäden	64
IV. Autochthone Asthenien	67
V. Diskussion	94
VI. Zusammenfassung	101
VII. Literaturverzeichnis	105

I. Einleitung und Problematik

Die Beziehung zwischen Lebensalter und klinischem Erscheinungsbild psychiatrischer Krankheiten hat die psychopathologische Forschung schon lange beschäftigt. Ob es sich dabei um endogene Psychosen handelt oder aber um die Besonderheiten der abnormen Persönlichkeiten im Jugendalter, immer wieder wurde diese Problematik aufgegriffen. So hat WEITBRECHT die Frage nach dem Einfluß des Lebensalters auf Symptomatik und Verlaufsgestalt beim manisch-depressiven Kranksein neu behandelt. STROEMGREN (1967) meint hierzu: "Zu den häufigsten Ursachen symptomatischer Variationen gehören zweifellos die pathoplastischen Einflüsse des Lebensalters. Im Kindesalter äußert sich die manisch-depressive Psychose im allgemeinen durch verhältnismäßig kurzdauernde Phasen, oft mit Affektlabilität und Neigung zu psychogenen Mechanismen. In den Pubertätsjahren kann das Bild ganz hebe- phren werden. Im Klimakterium dominiert die Angst. Bei den Alten ist Hemmung oft wenig hervortretend und eine deliröse Zumischung nicht selten."

Bekanntlich bereiten die blanden und symptomarmen Bilder oft erhebliche Schwierigkeiten, sie differentialtypologisch einem bestimmten Formenkreis zuzuordnen. Weiterhin kann manchmal vom Querschnittsbild her nicht entschieden werden, ob es sich um eine echte seelische Krankheit oder "nur" um eine Pubertätskrise handelt, zumal der Begriff der Pubertätskrise unter Umständen sehr weit gefaßt wird. So meint WEITBRECHT (1973), daß es "sehr schizophrenie-ähnlich aussehende Pubertätskrisen gibt, die wieder abheilen und nicht den schlimmen Lauf der Hebephrenie nehmen. Sie imponieren durchaus als Psychose und gründen zweifellos tiefer im Somatischen als die neurotischen Fehlewicklungen. Diese sind nicht durch psychopathologische Psychosesymptome gekennzeichnet, sondern äußern sich neben anderen Schwierigkeiten eines unbewältigten

puberalen Instinktwandels mit dem Ziel der allmählichen Ablösung aus dem Kind-Eltern-Verhältnis und dem Aufbau eines eigenständigen 'Selbst' in mangelhafter Verarbeitung der mächtig andrängenden Sexualtriebe."

Hingegen wies schon CRAMER 1899 auf die Gefahr einer Überdehnung des Begriffes der Pubertätskrise hin, als er in seinen Untersuchungen über jugendliche Rechtsbrecher fand, daß unter ihnen so häufig endogene Psychosen zu finden seien, daß er bei jugendlichen Kriminellen bis zum 18. Lebensjahr Strafaussetzung verlangte, weil erst dann das Vorliegen einer Geisteskrankheit mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden könne.

JÄGER (1964) dagegen beobachtete in Übereinstimmung mit J.E. MEYER (1962), daß es sich meist innerhalb des ersten Jahres entscheiden lasse, ob eine Reifungskrise schizophrenes Prodrom war oder nicht. Zur Differentialdiagnose zwischen Psychose und einfacher Krise genügten leichte Beziehungsideen und Entfremdungsgefühle, gelegentliche paramimische Symptome und auffällige, zwischen schlacksigem und verkrampftem Tonus schwankende Psychomotorik und hypochondrische Phobien im Querschnittsbild nicht unbedingt. Allen untersuchten Pubertätskrisen seien körperlich-seelische Labilität, abrupt wechselnde depressive Verstimmungen und Angstgefühle gemeinsam.

EY (1963) untersuchte eine Reihe "von dem einfachen Stabilitätsmangel bis zu schweren psychotischen Entgleisungen." Die außerordentliche Vielgestaltigkeit dieser Erscheinungen erklärte sich aus ihrer Beziehung zu der wichtigen psychosomatischen "Entwicklungskrise!" "Man beobachtet die ganze Stufenleiter der Verhaltens- und Charakterstörungen, von der 'Krise jugendlicher Eigenart' (DEBESSE 1941) bis hin zu echter neurotischer Abwehr. Das Problem der Prognose gestaltet sich in vielen Fällen schwierig, da nicht entschieden werden kann, ob

die Symptome dieses ersten kritischen Alters nicht auch eine psychotische Entwicklung ankündigen. Man ahnt angesichts der vielfältigen Störungen dieses Alters Anzeichen einer Spaltung des 'Ichs' (MALE 1964), das Zusammenbrechen der Gefühlsäußerungen oder umgekehrt hypochondrische Ängste, kalte Impulsivität, Trotz und Absonderungshaltungen, Andeutungen von Wahn. Manchmal vollzieht sich die präpsychotische Umwandlung still, in fortschreitendem Nachlassen der Schulleistungen, in zunehmendem Haß gegen Familienmitglieder. Diese langsame Entwicklung wird manchmal durch einen impulsiven Zustand unterbrochen, entweder eine Flucht oder einen Selbstmordversuch."

In der Pubertät, der Zeit der beginnenden seelischen Differenzierung und der Entwicklung des geistigen Überbaues sehen wir also eine Symptomfärbung, durch die zu diesem Lebensabschnitt gehörende seelische Eigentümlichkeiten auftreten, die so stark sein kann, daß die pathoplastischen Alterseinflüsse die von einem Krankheitsvorgang ausgehenden Erscheinungen überdecken. Eine Reifungskrise kann demnach vieldeutig sein und vielfältig enden: Neurose, Psychopathie, Psychose, normale Persönlichkeit.

II. Insuffizienzsyndrome

1. Im Rahmen der normalen Pubertät und Adoleszenz

Auch heute noch stellt die normale Pubertät ein krisenhaftes Gesamtgeschehen dar, wenn die Krise im Hinblick auf die Bewältigung phasentypischer Ambivalenzkonflikte gesehen wird. Die Pubertät ist das Prädilektionsalter für die Erstmanifestation endogener Psychosen und durch ein vermehrtes Auftreten seelischer Fehlentwicklungen gekennzeichnet (NISSEN 1971). Sowohl die Psychosen als auch die Neurosen, die Pubertätskrisen selbst und letztlich auch die normale "krisenhafte" Pubertät werden phasentypisch puberal überformt und lassen sich nicht immer scharf voneinander abgrenzen. Es scheint daher zweckmäßig, zunächst die Insuffizienzgefühle als normale Bestandteile der seelischen, körperlichen und sozialen Evolution während der Pubertät und Adoleszenz darzustellen:

Der Nachuntersuchung juveniler Insuffizienzsyndrome hat noch die Bestimmung des Begriffes vorauszugehen. Zunächst erfordert das Adjektiv "juvenil" eine chronologische Einschränkung, wobei sich die vorliegende Untersuchung auf die Phasen der Pubertät und Adoleszenz beschränkt. Pubertät soll hierbei die biologischen und physiologischen Veränderungen, die mit der körperlichen und sexuellen Reifung verbunden sind, zum Ausdruck bringen, während die Adoleszenz die psychologische Bewältigung der körperlichen und seelischen Reifung oder die "Anpassung der Persönlichkeit des Kindes an die Pubertät" (BERNFELD 1938) umfassen soll.

In Vergesellschaftung mit depressiven Verstimmungen, Suicidgedanken, nicht selten auch mit Depersonalisationserlebnissen und hypochondrischen Befürchtungen stehen Insuffizienzgefühle in engem Kontakt mit den Identitätskrisen in der Pubertät.

Bei der Ich-Entwicklung und Identitätsfindung, die durch die Verwirklichung der inneren Autonomie des Individuums und seine soziale Neuorientierung in der Gruppe die zentrale Aufgabe der psychischen Pubertät darstellt, dominieren 3 Fragen :

Wie bin ich? Wie möchte ich sein? Für wen hält man mich (SCHENK - DANZINGER 1969)?

Die nun hierbei entstehenden Insuffizienzgefühle lassen sich erklären als Reaktion auf den Verlust des Kindheitsstatus, auf die erhebliche Diskrepanz zwischen biologischen und gesellschaftlichen Möglichkeiten, auf die Verunsicherung hinsichtlich des späteren Status und auf den massiven biologischen Umbruch. Die Jugendlichen haben häufig Angst, die körperliche und seelische Einheit zu verlieren und entwickeln entsprechende Möglichkeiten, sich ihrer selbst immer wieder zu versichern, z.B. durch Bestasten des Körpers oder Betrachten im Spiegel, durch schriftliche Formulierungen ihrer Gedanken in Tagebüchern, durch Zwangsmechanismen (REMSCHMIDT 1975).

Die Depersonalisationserlebnisse, die häufig in Verbindung mit den oben genannten Insuffizienzgefühlen auftreten und diese weitgehend bestimmen können, werden meist als körperliche Entfremdungserlebnisse wahrgenommen. Sie treten häufig attackenweise auf und werden von den Jugendlichen weniger als Ausnahmezustände erlebt, sondern "als Steigerungen oder krisenhafte Höhepunkte der Selbstreflexion" (J.E.MEYER 1972). Depersonalisationserlebnisse haben auch Beziehungen zur Pubertätshypochondrie. Die Notwendigkeit einer Umorientierung der Vorstellung vom eigenen Körper in der Pubertät liefert die Grundlage für ihr Auftreten. Das Syndrom ist mehrdeutig und kann im Vorfeld von Schizophrenien und Zyklothymien, aber auch im Rahmen von Neurosen sowie erlebnisreaktiv auftreten.

Die weiterhin sehr eng mit den Insuffizienzgefühlen verknüpften hypochondrischen Befürchtungen erklären sich aus der für die Adoleszenz typischen vermehrten Zuwendung zum eigenen Körper, die oft die Form einer übertriebenen Beobachtung körperlicher, besonders sexueller Funktionen beinhaltet. Die im Sexualbereich erst kurz erreichte Organfunktion führt leicht zu der Befürchtung, sie könne durch Fehlverhalten oder Erkrankungen wieder verloren gehen. So kommt es nicht selten, besonders bei unangemessenem Verhalten der Umwelt, zu Krankheitsbefürchtungen und auch in unserer aufgeklärten Zeit immer noch zu Onanieskrupeln (J.E. MEYER 1972). Hypochondrische Befürchtungen finden sich auch im Rahmen depressiver Reaktionen und im Beginn schizophrener Erkrankungen.

Die zu Insuffizienzgefühlen gehörende Angst um den Verlust der körperlichen und seelischen Einheit, deren Kompensation durch Zwangshandlungen versucht wird, können sich als Zwangsmechanismen im gedanklichen Bereich (als Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen oder Befürchtungen, Zwangseinfälle) oder als Zwangshandlungen manifestieren. Aber auch die Zwangssyndrome können mehrdeutig sein. Sie können im Rahmen schizophrener Erkrankungen, im Rahmen einer Zykllothymie und im Rahmen neurotischer Entwicklungen auftreten, wobei ihre Genese unterschiedlich gedeutet wird (REMSCHMIDT, DAUNER 1971).

In den Rahmen der Insuffizienzgefühle gehören schließlich auch noch narzistische Krisen und Suicidgedanken bzw. -versuche. Diese sind häufig Ausdruck von Selbstwertkonflikten. Sie hängen eng mit der Realitätsbewältigung zusammen. Von gesundem Narzismus spricht man, wenn das Selbstwertgefühl mit der Realität weitgehend übereinstimmt. Zu narzistischen Krisen kann es kommen, wenn entweder übertriebene Minderwertigkeitsgefühle oder eine überhöhte Selbsteinschätzung mit den Anforderungen der Realität

zusammenprallen (HENSELER 1974). Während der Pubertät ist ersteres häufiger. Es kommt zu sensitiven Reaktionen auf Erlebnisse, die als Beeinträchtigung empfunden werden, wobei verschiedene Reaktionsmöglichkeiten entstehen: Rückzug und Flucht, autoaggressive Akte und Selbstmordversuche. Im Selbstmordversuch zeigen sich Autoaggression, Aggression, Fluchttendenz und ein Appell, ein Hilferuf an die Umgebung (LINDEN 1969). RINGEL (1969) faßt einige Motivbündel (Einengung in allen Lebensbereichen, gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggressionen nach Suicidphantasien) zum präsuicidalen Syndrom zusammen, das den Suicidversuchen, sofern es sich nicht um momentane Impulshandlungen handelt, längere Zeit vorausgeht.

Bei der Darstellung der Insuffizienzgefühle im Rahmen der Umschichtungsvorgänge während der Pubertät wurde bereits auf die Indifferenz und die Mehrdeutigkeit verschiedener Syndrome (z.B. Depersonalisationssyndrome, Zwangssyndrome, hypochondrische Befürchtungen) hingewiesen. So können etwa zunächst während der Pubertät auftretende, ganz uncharakteristisch erscheinende Insuffizienzgefühle nicht selten den Beginn einer schizophrenen oder anderen endogenen Psychose bedeuten oder die Existenz einer abnormen Persönlichkeit aufdecken. Statistisch gesehen findet man auch während der Pubertät einen Häufigkeitsanstieg sowohl schizophrener, als auch endogen-phasischer Psychosen, sowie abnormer Persönlichkeiten (J.E.MEYER 1972). Dies hängt damit zusammen, daß bei der Entwicklung der endogenen Psychosen erst während der Phase der Pubertät der psychische Reifegrad vorhanden ist, der für die Entstehung einer endogenen Psychose vielfach Voraussetzung ist (REMSCHMIDT 1975). Die Feststellung einer schizophrenen oder endogen-phasischen Psychose in der Pubertät wirft jedoch diffizile differentialdiagnostische Probleme auf, weil - wie schon erwähnt - verschiedene uncharakteristische Insuffizienzgefühle nicht selten in eine schizophrene Psychose übergehen können. In manchen Fällen ist eine sichere Abgrenzung nur durch den Ver-

lauf möglich. Auch bei psychotischen Störungen zeigen sich vielfach die typischen Individuationsprobleme mit Insuffizienzgefühlen während der Adoleszenz, was die Differentialdiagnose noch einmal erschweren kann. Schließlich können die Insuffizienzgefühle im Gang der Adoleszenz eine abnorme Persönlichkeit ans Licht bringen. Mit der Diagnose "Persönlichkeitsstörungen" sollte man jedoch im Kindesalter und erst recht während der Adoleszenz sehr vorsichtig sein. Man sollte für während der Phase der Adoleszenz auftretende Persönlichkeitsstörungen den Begriff der Psychopathie überhaupt nicht verwenden, sondern eher von Abnormitäten der Persönlichkeit sprechen. Die Existenz von abnormen Persönlichkeiten kann jedoch nicht abgestritten werden. Unter dem begünstigenden Einfluß biologischer Umwälzungsvorgänge findet eine "Dekomensation" von in der Persönlichkeitsstruktur verankerten Reaktionsbereitschaften statt, die bis dahin am "Ausleben" gehindert wurden (PETRILOWITSCH 1966).

2. Im Vorfeld von Psychosen, in deren Intervall und bei abnormen Persönlichkeiten.

Die Insuffizienzgefühle dieser Formenkreise betreffen vor allem die Insuffizienz des Antriebsgeschehens. So findet man zu Beginn einer endogenen Psychose auf dem Boden der Ausgangspersönlichkeit einsetzende und aus dem Kontrast zur habituellen Befindlichkeit sichtbar werdende Veränderungen im Bereich der seelischen Dynamik. Kontaktschwäche, unterdurchschnittliche Vitalität, spärliche Antriebskraft und geringe Gefühlswärme können das Bild der späteren Kranken bestimmen. Distinkt psychotische Phänomene können durch die von CONRAD (1958) als Trema beschriebenen uncharakteristischen Befindlichkeits- und Verhaltensänderungen eingeleitet werden. Dabei kann das Trema körperlich akzentuiert mit Beziehungen zu dem von HUBER (1957) beschriebenen vegetativ-coenaesthetischen Initialsyndrom sein. Unter den

neurasthenischen Insuffizienzgefühlen im Vorstadium einer endogenen Psychose oder bei der Aufdeckung einer abnormen Persönlichkeit findet man sehr häufig körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Herzklopfen, häufige Schweißausbrüche, Leibschmerzen, Rheumaschmerzen mit einem allgemeinen Nachlassen der körperlichen Spannkraft. Schlafstörungen sind zudem sehr häufig. Im Vordergrund können auch ein uncharakteristisches Syndrom oder auch Hypochondrismen stehen. Bei den letzten beiden Syndromen sei zum Vergleich auf die Insuffizienzgefühle, die während der Pubertät auftreten können, hingewiesen. Im übrigen findet man bei den späteren Kranken, daß sie eigensinnig, reizbar, aufgeregt, empfindlich, ängstlich geworden sind, andere kann man als zunehmend still, teilnahmslos, antriebsarm, stumpf charakterisieren, und bei wieder anderen zeigen die Insuffizienzgefühle sich in einer Kontaktverarmung und mißtrauischen Absperrung. Wiederholt gibt es ein Hin- und Herschwanken zwischen Überempfindlichkeit, gelegentlich auch einem Gefühlsüberschwung, reizbarer Sthenie und matter Gleichgültigkeit und Antriebslosigkeit. Schleichend oder im Zuge einer kritischen Entgleisung der Dynamik (JANZARIK 1968) können sich diese vieldeutigen Insuffizienzsyndrome aber in eine psychotische Erkrankung verwandeln oder etwa der Aufdeckung einer abnormen Persönlichkeit dienen.

Außerhalb episodischer Verläufe überschneidet sich bei schizophrenen Psychosen die produktive Komponente vielfach schon im Beginn mit einer vorgegebenen oder im Erlahmen der produktiven Bewegung sichtbar werdenden Insuffizienz der Dynamik (JANZARIK 1968). Schwunglosigkeit und Kontaktscheu als präpsychotische Eigenheit mancher späteren Kranken, die blande Antriebsschwäche und Interessensverarmung im Intervall zwischen psychotischen Exazerbationen, die seelische Vergröberung nach dem Manifestwerden eines seit längerem schleichend einsetzenden Verlaufes und schließlich auch die Spielarten einer "hebephrenen" Wesensänderung (JANZARIK 1968),

die dem Beginn der eigentlichen Psychose um Jahre vorauslaufen kann und sich mit den Insuffizienzgefühlen im Gefolge der Revolution während der Pubertät stark überschneidet, sind Aspekte dieser Insuffizienz. Gerade bei den adynamischen Insuffizienzen der hebephrenen Wesensänderung ist die Differentialdiagnose besonders schwierig, weil die adynamischen "Basisstadien" (JAKOB 1964, HUBER 1969) auch außerhalb der Anstalten häufig sind. Sie finden sich zum Beispiel bei Hypochondern des jugendlichen und mittleren Alters, bei chronischen Versagenszuständen und eigentlichen Persönlichkeitsabwandlungen. Die Unterscheidung zwischen Psychose, Psychopathie und Fehlentwicklung gestaltet sich also sehr diffizil.

Auch jenseits des Initialstadiums, beispielsweise einer Psychose oder einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung, finden wir Insuffizienzgefühle auf dynamischer Ebene, die jedoch zu diesem Zeitpunkt, und das sei besonders betont, nicht mehr nur aus dynamischen Voraussetzungen abgeleitet werden können, sondern es treten nun strukturelle Bedingungen (JANZARIK 1968) in den Vordergrund, wobei das individuelle Gefüge durch die dauernde Krankheit psychotisch bzw. psychopathologisch verformt wurde. So finden wir die Kranken in einem antriebsarmen und indolenten Zustand, eingefügt in ein apathisches Bild. Sie gelten als antriebsarm, modulationsarm, still. Jedoch muß hierbei darauf hingewiesen werden, daß die dynamische Konstellation (JANZARIK 1968) im Einzelfall unter der neuroleptisch bzw. thymoleptisch, also pharmakotherapeutisch bewirkten Nivellierung verdeckt bleibt (HUBER 1967). Es ist daher notwendig, nicht nur einen isolierten Abschnitt, also im Querschnitt zu betrachten, sondern den Krankheitsverlauf im Längsschnitt zu sehen, in der vorgelegten Nachuntersuchung vom Zeitpunkt der ersten stationären Aufnahme bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt. Zu der strukturdynamischen Interpretation (JANZARIK 1968) aller bisher aufgeführten Insuffizienzsyndrome sei die durch manche Beobachtungen nahegelegte Annahme

angeführt, daß die Insuffizienz des Antriebs etwa einer produktiven Psychose vorausläuft oder das Initialstadium bei der Aufdeckung einer abnormen Persönlichkeit bildet, aber doch auch neu, eben gehäuft in Pubertät und Adoleszenz, hauptsächlich im Zuge eingetretener Ich-Bildung oder einer Identitätskrise entsteht, wobei hierbei jedoch die Voraussetzungen noch ungeklärt sind. Ist nun der durch eine Psychose oder eine abnorm angelegte Persönlichkeitsstruktur aufgedeckte Mangel als negative dynamische Variante vorgegeben, müßte eine Erklärung dafür gesucht werden, daß die Insuffizienz zuvor verborgen bleiben konnte. Dort, wo eine vorbestehende dynamische Insuffizienz nicht vorausgesetzt zu werden braucht, wie bei den episodisch-schizophrenen Syndromen, wird, wie die Untersuchungen LABHARDTS (1963) über die "Emotionspsychosen" bei prämorbid weitgehend unauffälliger Persönlichkeit zeigen, die durch die akute Psychose unterbrochene Kontinuität ohne Einbußen bald wiederhergestellt.

Schließlich sind neben den vielfältigen Symptomen dynamischer Insuffizienzgefühle noch zwei weitere Versagenszustände im Rahmen seelischer Störungen anzuführen, nämlich einmal das Phänomen der Depersonalisations- und Derealisations-symptome und zum anderen die Denkstörungen. Beide erlangen sowohl im psychotischen, als auch im psychopathischen Seelenleben große Bedeutung. Auf eine Darstellung der Entfremdungserlebnisse soll an dieser Stelle verzichtet werden, zumal sie bereits bei den Insuffizienzgefühlen im Rahmen der Pubertät und Adoleszenz erörtert worden waren. Nur soviel sei noch hinzugefügt, daß Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse bisher eine fast ausschließliche Bedeutung in der Diagnose der Schizophrenie erlangten. J.E.MEYER (1972) sah sich deshalb veranlaßt, davor zu warnen, alle Depersonalisationssyndrome als Anzeichen einer angehenden Schizophrenie zu mißdeuten. Auch im Rahmen des psychotischen und abnormen Seelenlebens sind Entfremdungserlebnisse immer wieder beschrieben worden. Zudem werden diese Zustände

während der Pubertät und Adoleszenz als "Steigerungen oder krisenhafte Höhepunkte der Selbstreflexion" (J.E.MEYER 1972) erlebt. Man sieht also, daß es sehr schwer ist, eine Differentialtypologie dieser Zustände zu gewinnen.

Auch das Phänomen der Denk- und Konzentrationsstörungen stellt ein uncharakteristisches asthenisches Versagenssyndrom dar. So wird es immer wieder während der Pubertät und Adoleszenz sichtbar und geht fast immer mit einer schulischen oder beruflichen Leistungsverminderung einher, wobei es sich weniger um formale oder inhaltliche Denkstörungen handelt, sondern eher die psychische Unausgewogenheit ausdrückt. E.KRETSCHMER (1953) meint hierzu: "Die seelische Gleichgewichtsstörung während der Pubertät äußert sich ebenso in der Sprunghaftigkeit der Gedankengänge und Willensimpulse, wie in den unausgeglichene abrupten Stimmungsschwankungen, in ... Distanzlosigkeit. Damit geht häufig eine erhöhte geistige Ermüdbarkeit, Zerstreutheit und Konzentrationsschwäche einher." Andererseits kommen Denkstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten im Initialstadium einer Schizophrenie bei der Untergruppe "Hebephrenie" in fast regelmäßiger Weise vor, wobei jedoch hier bereits formale Denkstörungen und Lockerungen der Assoziationen unverkennbar sind. Eine große Rolle spielen sie weiterhin bei den von GLATZEL (1968, 1972) beschriebenen jugendlichen Versagenszuständen, den autochthonen Asthenien. In den Schilderungen vieler Kranker, die das Erlebnis der Konzentrationsstörung betreffen, kehrt eine Klage in unterschiedlicher Formulierung immer wieder: Alle Eindrücke sind von einer eigentümlichen Einförmigkeit in Intensität und Prägnanz, wodurch für den Patienten die Unterscheidung zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem erschwert wird. An Wahrnehmungsobjekten, an einem komplexen Sachverhalt falle ihm nichts auf, charakteristische und einprägsame Züge, an denen sich Interesse und Aufmerksamkeit ausrichten könnten, fehlen. Der Konzentrationsschwäche

können die Symptome der Vergesslichkeit, der Denkleere und Einfallslosigkeit folgen. Dabei wird sehr oft auch über eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses geklagt. In diesem Stadium zeigt sich die Reduktion bzw. Aufhebung der Wirksamkeit energetischer, aktiver Faktoren, die den Denkprozeß bewerkstelligen. Die wahrgenommenen Gegenstände werden als selbstverständlich, vollständig und abgerundet erlebt. Die Mehrdeutigkeit eines Sachverhaltes wird nicht registriert. Der Kranke ist nicht motiviert, bemerkt selber das Fehlen der aktiven ingangsetzenden und das Geschehen unterstützenden Motivation. Es kommt also nicht zu einer Explizierarbeit während des Denkprozesses (GLATZEL 1972). Hier drückt sich also ein Antriebsdefizit aus. Das Insuffizienzsyndrom der Konzentrations- und der Denkstörung zeigt sich auch hier in einer Insuffizienz der Dynamik.

3. Die Stellung der autochthonen Asthenie in der psychiatrischen Systematik.

Zur Phänomenologie der oben erwähnten autochthonen Asthenie (GLATZEL 1972), deren Charakteristikum die eben beschriebenen Denkstörungen darstellt, gehören weiterhin Leibgefühlsstörungen, allgemeine Vitalstörungen und Wahrnehmungsanomalien, die in drei voneinander abgrenzbaren Verlaufsstrecken den erst terminal auftretenden Denkstörungen vorausgehen. Die syndromgenetische Realisierung der einzelnen Phasen, in denen jeweils eines der oben angeführten Versagenssyndrome vorherrscht, veranlaßten GLATZEL und HUBER bereits 1968, innerhalb der großen Gruppe der neurasthenischen Versagenszustände den in Rede stehenden Typ juveniler Insuffizienzsyndrome als eigenen Typus abzugrenzen. Die nosologische und typologische Stellung der autochthonen Asthenie konnte jedoch bis heute noch nicht endgültig entschieden werden. Zur Frage der Beziehung dieser Syndrome zu

den beiden großen Formenkreisen endogener Psychosen meinten GLATZEL und HUBER 1968: "Sicher bestehen Verbindungen zu symptomarmen schizophrenen Psychosen vom Typ der 'Dementia simplex', zu chronischen Prodromen und reinen Defektsyndromen im Verlauf diagnostisch zweifelsfrei gesicherter Schizophrenien, zu bestimmten asthenischen, durch ein einmaliges Absinken der Aktivität charakterisierten Pubertätsentwicklungen ohne psychotisches Geschehen, zu den endogenen Persönlichkeitsverschiebungen und den Syndromen des Tonusverlustes auf freier Strecke i.S. von KRETSCHMER, ferner zu manchen 'vegetativen Depressionen', 'Entfremungsdepressionen' und 'hypochondrischen Depressionen'. Eine Abgrenzung gegen die Mehrzahl dieser Syndrome scheint möglich, wenn die besondere Struktur der Leibgefühlsstörungen, Entfremungserlebnisse und Denkstörungen und vor allem die Verlaufsgestalt im Längsschnitt berücksichtigt wird." 1969 meint GLATZEL in einem Bericht zur Differentialtypologie juveniler asthenischer Versagenssyndrome, daß sie hinsichtlich der körperlichen Symptome, namentlich Leibgefühlsstörungen, die gerade bei jugendlichen Psychosen eine besondere Rolle spielen, durchweg "enge Beziehungen zu manchen blanden schizophrenen Psychosen zeigten, ohne daß es bereits gerechtfertigt erscheine, sie als schizophren zu bezeichnen. Er faßt sie als psychotisches Latenzstadium auf, aus dem eine wie auch immer gefärbte "typische Sichtpsychose" erwachsen könne, ohne daß dies allerdings mit gesetzmäßiger Notwendigkeit geschehen müsse. Unveränderter Meinung berichtet GLATZEL 1972 über die juvenilen asthenischen Versagenszustände, die er nun in dem Begriff der autochthonen Asthenie zusammenfaßte: "Sie ist sowohl nosologisch als auch typologisch vieldeutig und teilt diese Unspezifität mit manchen psychotischen Residualzuständen." Als einziger unternahm bisher BAER 1972 den Versuch, die autochthone Asthenie in die herkömmliche psychiatrische Symptomatik einzuordnen. In Anlehnung an die KRAEPELIN'schen Postulate, der für die

Aufstellung einer Krankheitseinheit u.a. gleiche körperliche und psychische Symptomatologie und gleichen Verlauf forderte, versuchte BAER eine klinische Darstellung des endogenen Bereichs, wobei er die Verläufe akut-phasisch und chronisch mit der Querschnittssymptomatik zykllothym und schizophren kombinierte und den einzelnen Kombinationen die entsprechenden klinischen Syndrome zuordnete. Dabei stellen sich die endogenen juvenil-asthenischen Versagenssyndrome (GLATZEL, HUBER 1968) als eine atypische und somit logischerweise heterogene Kombination dar, die durch eine im Querschnitt "zyklothyme" Symptomatik und einen chronischen Verlauf mit oder ohne Progredienz zum Defekt (BAER 1972) charakterisiert ist.

III. Kasuistik

1. Das Krankengut

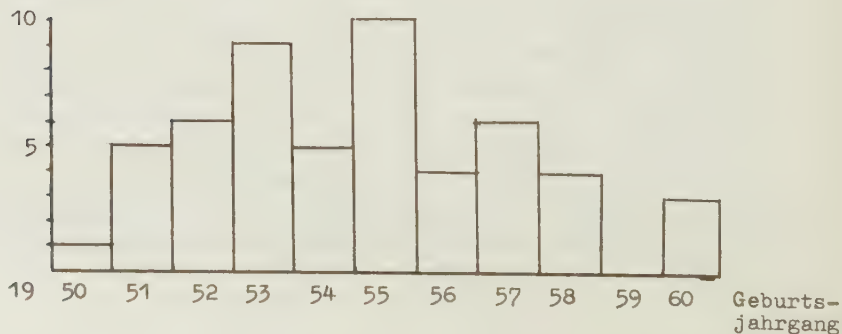
Ausgegangen wurde bei der katamnestischen Untersuchung von allen während des Zeitraumes vom 1.1.1972 - 31.12.1975 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen stationär behandelten männlichen Patienten, die damals das 14.Lebensjahr bereits beendet und das 22.Lebensjahr noch nicht erreicht hatten.

Tab. 1.1. Anzahl der Fälle aus dem Krankengut vom 1.1.1972 - 31.12.1975

Nachuntersuchung	Zahl der Patienten
persönlich	37
schriftliche Mitteilung	6
zusätzliche Aussagen	8
keine Reaktion	89
Summe	140

Tab. 1.2. Aufgliederung der nachuntersuchten Patienten nach Geburtsjahren

Zahl d. Pat.



Nach Geburtsjahrgängen wurden die Jahre 1950 bis einschließlich 1960 erfaßt. Es handelt sich um insgesamt 140 jugendliche Patienten der psychiatrischen Männerabteilung der Universitäts-Nervenklinik Erlangen, die in dem angegebenen Zeitraum von R.BAER persönlich untersucht und behandelt wurden. Aus Gründen der Beobachtungsgleichheit wurde auf Patientinnen der psychiatrischen Frauenstation verzichtet. Dasselbe Untersuchungsgut diente I.BREITWEG in ihrer Dissertation zur Beschreibung der Phänomenologie juveniler Insuffizienzsyndrome.

Die Kranken wurden brieflich gebeten, zu einer kurzen Nachuntersuchung über seelische Störungen bei jungen Menschen in die hiesige Universitäts-Nervenklinik zu kommen. Die Untersuchungen liefen vom Januar 1976 bis April 1976.

Von den insgesamt 140 Patienten des Krankengutes wurden 37 persönlich nachuntersucht. 6 weitere Patienten teilten in umfangreichen Briefen ihren Werdegang nach ihrer Klinikentlassung in so ausführlicher Form mit, daß die schriftlichen Mitteilungen als katamnestische "Befunde" verwertet werden konnten. Von weiteren 8 Patienten war über die Angehörigen zu erfahren, daß einer durch Selbstmord inzwischen ums Leben gekommen sei, 3 sich derzeit in Haft befänden, 3 zur Zeit in Nervenkrankenhäusern außerhalb Erlangens zur stationären Behandlung untergebracht seien und einer inzwischen entmündigt worden sei. Soweit diese Angaben für die einzelne Fragestellung Bedeutung erlangten, wurden sie mitverwertet. Insgesamt beträgt also die Zahl der ehemaligen Patienten, über die zuverlässige Aussagen gemacht werden können, 51.

Zu den restlichen 89 Patienten des Krankengutes konnte kein Kontakt aufgenommen werden. Sie reagierten nicht auf unser Schreiben.

Für die Erstellung der Jahreskatamnesetabellen dienten der Zeitpunkt der letzten Entlassung und der Nachuntersuchungstermin. Zur typologischen Einteilung waren die Entlassungsdiagnosen aus den jeweiligen Krankengeschichten maßgebend.

Die Nachuntersuchung selbst wurde in Anlehnung an einen dazu ausgearbeiteten allgemeinen Fragebogen, der für alle 140 Patienten gelten sollte, durchgeführt. Der Hauptteil des Fragebogens bestand aus der Sozialanamnese, der allgemein-medizinischen Anamnese und der psychiatrischen Anamnese mit dem psychischen Befund zum Nachuntersuchungszeitpunkt, schließlich einer kurzen Epikrise mit Hinweis auf prognostische Schlüsse. Der Erhebungsbogen war dabei in 52 Fragekomplexe aufgegliedert.

2. Die Kranken mit einer endogenen Psychose

Bezüglich der Typologie endogener Psychosen gibt es eine Reihe von Vorschlägen, Unterformen nach psychopathologischer Symptomatik und Verlauf zu bilden (SCHNEIDER 1970, BLEULER 1972, LEONHARD 1957). Ein durch die Ergebnisse der neueren Psychopathologie vorgezeichneter Versuch, nach der additiven Beschreibung einen inneren Zusammenhang unter den Befunden herzustellen, stellt die strukturdynamische Interpretation dar (JANZARIK 1968). Sie muß als ein nosologisch indifferenter Ordnungsversuch genommen werden, der einen inneren Zusammenhang unter den psychopathologischen Daten herstellen soll. Die strukturpsychiatrische Typologie mit der Kennzeichnung der Krankheitsformen nach ihrer Syndromdynamik (PETRILOWITSCH 1969, BAER 1972) bietet insofern ganz besondere Vorteile, als sie zum einen ein klares therapeutisches Konzept nahelegt und zum anderen von dem Zwang befreit, mit der Diagnose ein ätiologisches Postulat

zu fixieren. Von außerordentlichem Wert ist die prognostische Orientierung dieser Gliederung, wobei sie sich nach jener Dynamik des Krankheitsgeschehens richtet, die sich in der symptomgeschöpferischen Potenz des Morbus (PETRILOWITSCH 1969) manifestiert. Das Maß für die symptomgeschöpferische Kraft des Krankheitsvorganges stellt dabei einmal die Sukzession der Symptomatik und zum anderen die Simultankapazität, die Polymorphie des Zustandsbildes dar.

Für unsere Patienten sind zunächst die in den Krankenblättern enthaltenen Diagnosen in der Tabelle 2.1. aufgeführt.

Tab. 2.1. Krankenblatt Diagnosen

Diagnosen	Fälle
Hebephrenie	9
Verdacht auf Hebephrenie	1
Verdacht auf Schizophrenie	1
Schizophrenia simplex	1
Paranoide Schizophrenie	3
Katatone Schizophrenie	2
Pfropfschizophrenie	1
Atypische Psychose	2
Summe	20

Betrachtet man die genannten Krankheitsfälle unter dem Aspekt der Geschwindigkeit des Wandels des symptomatologischen Querschnittes und damit der Polymorphie des Zustandsbildes, so lassen sich alle Fälle zwanglos in die syndromdynamische Gliederung (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970) einordnen. Die Tabelle 2.2. zeigt die Verteilung.

Tab. 2.2. Syndromdynamische Gliederung nach PETRILOWITSCH,
WINAU, BAER 1970

Syndromdynamische Gliederung	Fälle
I Polymorph-fluktuierender Typ	2
II Polymorph-stabilisierter Typ	1
III Polymorph-systematisierter Typ	1
IV Monomorph-systematisierter Typ	1
V Monomorpher Typ	2
VI Amorpher Typ	13
Summe	20

Die Feststellung, daß der amorphe Typ früher einsetzt als der polymorph-fluktuierende (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970) läßt sich durch die deutlichen Relationen hinsichtlich der Fallhäufigkeit herauslesen. Bei einem durchschnittlichen Erstmanifestationsalter der 20 Patienten von 18,7 Jahren fanden wir genau zwei Krankheitsfälle vom polymorph-fluktuierenden Typ gegenüber 13 Fällen vom amorphen Typ. Zudem untermauert dies die Vermutung, daß gerade die Pubertät in der amorphen Gruppe eine pathogenetisch bedeutsame Rolle spielen muß (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970).

Augenfällig demonstriert die Tabelle den relativ hohen Anteil des amorphen Typs, der vorwiegend durch blande Hebephrenien und die Schizophrenia simplex dargestellt wird.

Vom Betrachter her gesehen sind beim amorphen Typ objektivierbare Symptome nur sporadisch in deutlicher Ausprägung vorhanden. Produktiv-psychotische Symptome traten z.B. bei

unseren Patienten in etwa gleich niedriger Häufigkeit in Erscheinung, eher zeigten sich blande, oft wenig charakteristische Veränderungen der Affektivität und des Antriebs, die manchmal erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiteten. Gemeint sind, mit einer Formulierung KRETSCHMERS, das "Versickern der strömenden Energie auf freier Strecke", das im Verlauf ganz undramatische und doch in seinen Auswirkungen deletäre Erlahmen, Erkalten und Stumpfwerden, das junge Menschen aus allen bisherigen Bezügen heraus weit unter ihr Ausgangsniveau absinken läßt, chronische Versagenszustände, die diagnostisch genauso unbestimmt sind wie manche produktiven Episoden und denen das Signum "schizophren" erst dann zufällt, wenn sich der bis dahin blande Verlauf produktiv erweitert. Auch in manchen chronischen Verläufen des zyklotyphen Flügels wird eine adynamische Komponente sichtbar. Würde man die langdauernde initiale Wesensänderung unserer Fälle aus nächster Nähe gekannt haben, so würde man eine Insuffizienz des Fühlens und Wollens als Grundlage der schleichenden Veränderung festgestellt haben. Daneben wäre man vermutlich schon vor einer produktiven Erweiterung der Initialsyndrome interkurrent auf Gereiztheit, mißtrauische Absperrung, Aggressivität und andere Züge gestoßen, die die blande Adynamie überlagern. Kam es zu Halluzinationen und Wahneinfällen, dann schien es, als träten sie mehr als akute Exazerbationen auf dem Hintergrund eines insgesamt schwelenden Grundprozesses auf.

Betrachten wir den Verlauf, die phasenüberdauernden Symptome und die Ausformung der Affektivität als prognostische psychopathologische Kriterien, so hat sich der überwiegende Teil unserer Patienten vom amorphen Krankheitstyp im bisherigen Längsschnitt betrachtet in prognostisch ungünstiger Weise entwickelt.

Wir stellten in 8 von 13 Fällen einen insgesamt schleichen-

den Verlauf fest, der von einer offenkundigen neuroleptischen Therapieresistenz geprägt ist. Schon für gesunde Tage war eine zum Teil nur spärliche Ausstattung mit Antriebskraft und Gefühlswärme in Erfahrung zu bringen. In diesen mit schleichenden Wesensveränderungen beginnenden und so lange auch noch nicht eindeutig schizophrenen Verläufen erschien zunächst eine Insuffizienz der Dynamik. Sie trat auch in bewegten Initialsyndromen bei einem vorübergehenden Erlahmen der produktiven Psychose hervor. Mit voranschreitendem Verlauf wurde sie zur Basis der komplexen Syndrome des Durchschnitts, um schließlich bei interkurrenter oder dauernder Rückbildung der produktiven Phänomene nun weitgehend das Feld zu beherrschen.

Deutlich drückt sich bei unseren Patienten des amorphen Typs der ungünstige Verlauf auch in der Persistenz eines psychopathologischen Residualzustandes aus. Die Tabelle 2.3. verdeutlicht den psychischen Befund zum Nachuntersuchungszeitpunkt.

Tab. 2.3. Änderung des psychischen Zustandsbildes zum Nachunter-
suchungszeitpunkt

Krankenblattdiag- nose	Fälle	Symptome zurückge- bildet	Sympt. unverän- dert	Sympt. ausge- weitert	Symptom- frei
AMORPHER TYP VI					
Hebephrenie	6	1	2	3	-
Verdacht auf Hebe- phrenie	1	-	1	-	-
Verdacht auf Schizo- phrenie	1	1	-	-	-
Schizophrenia simplex	1	-	-	-	1
Katatone Schizo- phrenie	2	1	1	-	-
Atypische Psychose	2	-	1	-	1
MONOMORPHER TYP V					
Paranoide Schizophre- nie	2	-	2	-	-
MONO.SYST.TYP IV					
Paranoide Schizo- phrenie	1	-	1	-	-
POLYM.SYST.TYP III					
Hebephrenie	1	-	1	-	-
POLYM.STABIL.TYP II					
Hebephrenie	1	-	1	-	-
POLYM.FLUKT.TYP I					
Paranoide Schizo- phrenie	1	-	-	-	1
Hebephrenie	1	-	-	-	1
Summe	20				

Von unseren 13 Patienten des amorphen Typs verließen nur 4 die Klinik in einem wesentlich gebesserten Zustand. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt, der bei den meisten 2 bis 3 Jahre später lag (siehe Tabelle 2.4.), zeigten insgesamt 11 Patienten unseres Kollektivs mehr oder minder ausgeprägte körperliche bzw. psychische Symptome.

Tab. 2.4. Verlaufsdauer der Erkrankung von der Erstmanifestation bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt in Monaten

Nachuntersuchung	Fälle
6 - 12 Monate nach Entlassung	4
13 - 24 Monate nach Entlassung	2
25 - 36 Monate nach Entlassung	8
37 - 48 Monate nach Entlassung	6
Summe	20

Dabei hatte sich seit der Entlassung bei nur 3 Patienten das ursprüngliche Zustandsbild zurückgebildet, 5 zeigten in etwa unveränderter Art die gleichen Krankheitssymptome, die sie ehemals in die Klinik führten, bei 3 Patienten hatte es sich im Vergleich zum Klinikaufenthalt sogar ausgeweitet und in nur 2 Fällen fand sich keine Krankheits-symptomatik mehr. Weiterhin stellten wir fest, daß bei 8 Patienten bereits Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur eingetreten waren, so daß man bereits von irreversiblen Residualsymptomen sprechen konnte. Bezüglich dieser phasenüberdauernden Veränderungen ist festzuhalten, daß es sich dabei mehr um persönlichkeitsverändernde Defekte, die die Psychomotorik, allgemeine Vitalstörungen wie Traurigkeit, Dysphorie, Erschöpfung und mnestiche Störungen betrafen,

handelte, als um charakteristische schizophrene Symptome ersten und zweiten Ranges im Sinne von K.SCHNEIDER. Die gesamten Residualsymptome, die in 8 unserer Fälle vom amorphen Typ wie schon erwähnt persönlichkeitsverändernde Defekte hinterlassen haben, sind in der Tabelle 2.5. zusammengefaßt.

Tab. 2.5. Residualsymptome der 8 Fälle vom amorphen Typ mit persönlichkeitsverändernden Defekten

Symptome	Häufigkeit
1. Körperliche Beschwerden	
a) Kopfschmerzen	1
b) Schlafstörungen	1
c) Kreislaufbeschwerden	1
2. Allgemeine Vitalstörungen	
a) Angst	5
b) Unruhe	2
c) Traurigkeit	2
d) Reizbarkeit	3
e) Dysphorie	1
f) Antriebslosigkeit	6
g) rasches Ermüden	7
3. Affektive Beeinträchtigung	
a) abgestumpft	6
b) flach	5
4. Mnestiche Störungen	
a) Konzentrationsschwierigkeiten	5
b) Merkfähigkeitsschwierigkeiten	4
c) zerfahrener Gedankengang	2
d) schwerflüssiger Gedankengang	2
e) Denkstörungen	2
5. Konflikthafte Störungen	
a) allgemeine Minderwertigkeitsgefühle	1
b) Selbstunsicherheit	3
c) sexuelle Konflikte	8
d) Kontaktstörungen	7
6. Schizophrene Symptome im Sinne von K.SCHNEIDER	
1. Ranges	
a) akustische Halluzinationen	1
b) Wahnwahrnehmungen	2
c) Gedankenausbreitung	2
2. Ranges	
Wahneinfälle	2

Diese Feststellung deckt sich einigermaßen mit der von PETRILOWITSCH, WINAU und BAER, wonach in über 2/3 der Fälle des amorphen Typs mit ausgeprägten Residualerscheinungen zu rechnen ist. Die sehr geringen Häufigkeiten schizophrener Symptome ersten Ranges (K.SCHNEIDER), die jedoch relativ häufiger gefundenen, mehr uncharakteristischen und unspezifischen Residualerscheinungen scheinen auch hier zu bestätigen, daß der amorphe Psychosetyp an bland-defektive Bilder ohne nennenswerte produktiv-psychotische Symptomatik grenzt, die überwiegend durch eine dauerhafte Verformung der Persönlichkeitsstruktur selbst gekennzeichnet sind (JANZARIK 1959). Nach PETRILOWITSCH, WINAU und BAER (1970) stellt dieser amorphe Typ die "maligne" Schizophrenie dar.

Diese Autoren stellten in ihren katamnestischen Untersuchungen über Schizophrene weiterhin fest, daß die vorgegebene Ausformung der Affektivität für die Prognose der psychotischen Abläufe von wesentlicher Bedeutung ist. Sehr deutlich demonstriert auch unsere Tabelle 2.5. hinsichtlich der affektiven Beeinträchtigung die prognostisch ungünstige Verlaufstendenz der amorphen Gruppe. So waren in beinahe allen Fällen (11 von 13) erhebliche Störungen der Gefühlslage nachzuweisen, darunter bei 6 Patienten eine völlig abgestumpfte und darniederliegende affektive Resonanz und bei den anderen 5 Patienten eine sehr oberflächliche und erheblich eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit.

Anzumerken ist, daß auch die Zahl der Patienten mit Krankheitseinsicht mit den Häufigkeiten der eben aufgeführten affektiven Beeinträchtigungen etwa parallel läuft.

Jedoch muß hier nun erwähnt werden, daß nicht alle früh beginnenden endogenen Psychosen, wenn man hiermit die Heizophrenie meint, dem amorphen Typ folgen, sondern hinsichtlich

der Prognose ganz verschiedene Verläufe einnehmen können. Dieses trifft auch für einen unserer Fälle vom polymorph-fluktuierenden Typ zu mit der Krankenblattdiagnose "Hebephrenie", dessen Erstmanifestationsalter vor dem 20. Lebensjahr lag, dessen Krankheit akut begann und ebenso akut wieder abklang. Insgesamt sind bei ihm bisher 4 Phasen aufgetreten, die jeweils eine durchschnittliche Klinikverweildauer von 6 Wochen hatten. In diesem Fall bestanden nach Abklingen der akuten Psychose zunächst noch eine leichte Antriebschwäche und eine Einschränkung der emotionalen Modulationsfähigkeit fort. Einige Wochen später nach Einordnung in Familie und Arbeit wurde jedoch wieder eine unauffällige Verfassung erreicht. Man sieht also daran, daß eine Hebephrenie auch dem polymorph-fluktuierenden Typ folgen kann und somit prognostisch nicht unbedingt ein Defekt im Sinne einer Versandung der Persönlichkeit zu erwarten ist.

Wenden wir uns nun kurz den anderen Krankheitstypen zu, ehe wir uns mit der sozialen Epikrise aller unserer 20 Patienten mit einer endogenen Psychose befassen.

Neben dem schon erwähnten einen hebephrenen Patienten aus der Gruppe des polymorph-fluktuierenden Typs haben wir noch einen weiteren Fall mit einer akuten paranoiden Symptomatik hierzu einreihen können. Ausschlaggebend hierfür war einmal der akute Beginn im Anschluß an eine Trennung von zu Hause durch Beginn eines Medizinstudiums - begünstigt durch die Anonymität der Großstadt und die Kontaktarmut - und das ebenso rasche Abklingen, zum anderen die postpsychotisch wieder vollremittierte Persönlichkeit ohne Niveauverlust. Es schien in diesem Falle eine unmittelbar auslösende Noxe (PETRILOWITSCH 1969) vorgelegen zu haben. Phasenüberdauernde Veränderungen zeigten sich in keinem Fall dieses Typs. (Siehe Tabelle 2.3.)

Dem polymorph-stabilisierten Typ rechneten wir einen Patienten zu, dessen psychopathologisches Querschnittsbild mit coenästhetischen Empfindungen wie Ohrensausen, Augenbrennen, Hautjucken und Kopfschmerzen ("wie Zentner von Blei im Kopf"), Angst- und Erregungszuständen, akustischen Halluzinationen und Wahnwahrnehmungen wie beim polymorph-fluktuierenden Typ sehr vielfältig war, die einzelnen abgrenzbaren Phasen sich jedoch über einen erheblich längeren Zeitraum hinstreckten als bei den beiden Patienten aus der ersten Gruppe, nämlich bis zu 9 Monaten, und der ganze Krankheitsprozeß im Längsschnitt betrachtet sich langsam zu stabilisieren schien. Diese Stabilisierung deutete bei ihm jedoch auf einen Übergang des Krankheitsverlaufes in Richtung Monomorphie hin, die sich darin spiegelte, daß bereits phasenüberdauernde Veränderungen in Form von Antriebsschwäche, Leistungsversagen und Coenästhesien Wurzeln geschlagen hatten.

Auch den beiden Formen der wahnbildenden Schizophrenie nämlich der mehr polymorphen und der mehr monomorphen Form (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970), konnten wir jeweils einen unserer nachuntersuchten Patienten zuordnen.

Wahnhaftes Überzeugungen wie "er müsse im Auftrag Jesu Christi unserer verdorbenen, nichtsgläubigen Welt den wahren Glauben verkünden", oder "er müsse nun politisch aktiv werden, damit Deutschland wieder ein mächtiger Staat werde", riefen bei unserem Patienten S.E. vom polymorph-systematisierten Typ noch vielfältige und symptomatologisch polymorphe Reaktionen hervor, wobei er z.B. bei der Nachuntersuchung u.a. auch die Klinikatmosphäre in sein wahnhaftes System mit einbezog, indem er sich ängstigte, er "könnte hier festgenommen" oder "etwas an seinem Kopf gemacht" werden, in denen sich noch eine emotionale, wenn auch nicht immer adäquate Schwingungsfähigkeit äußerte. Unser

Patient vom monomorph-systematisierten Typ zeigte hingegen eine erstarrte Persönlichkeitsdynamik, geprägt von einem drei Jahre anhaltenden monomorphen Wahnsystem, das sich bei ihm hauptsächlich in der Überzeugung äußerte, er "sei homosexuell" und trotz seiner beruflichen Eingliederung "nicht normal". Weiterhin, daß er von allen Leuten, mit denen er in der Arbeit und auch sonst im Leben zusammenkomme, "so komisch angestarrt und öfters ausgelacht werde". Zudem glaube er, daß alle, die ihn kennen, "über ihn hinter seinem Rücken redeten und irgendwelche Sachen gegen ihn ausheckten". Dieser Patient lebte gleichsam in einem abgeschlossenen und sich während der letzten drei Jahre nicht mehr verändernden Wahnsystem. Es zeigte sich bisher keine Tendenz zur Besserung, die noch dazu dadurch verhindert wird, daß auch der Patient selbst an keine Besserung mehr glaubt. Die Annahme einer irreversiblen Strukturveränderung lag uns sehr nahe.

Dem monomorphen Typ konnten wir schließlich noch 2 Patienten mit einer paranoiden Schizophrenie zuzählen. Was prognostische und therapeutische Gesichtspunkte angeht, zeigten unsere beiden Patienten sehr enge Beziehungen zum amorphen Typ. Krankheitsresiduen in Form von leichten Insuffizienzgefühlen über Wahneinfälle ("keine Bilder seien mehr in seinem vorderen Hirn vorhanden", "sein oberes Gedächtnis sei völlig weg") und akustische Halluzinationen bis hin zu erheblichen Persönlichkeitsdefekten, die den einen zur dauernden stationären Unterbringung in einem Bezirkskrankenhaus zwingen, sind bei beiden vorhanden. Die hochdosierte neuroleptische Behandlung stößt bei beiden auf eine nicht zu erklärende Resistenz.

Wegen der sehr kleinen einzelnen Gruppen ist ein Vergleich untereinander leider nicht möglich.

Der hereditären Belastung widmete sich auch eine Frage unseres Fragebogens. Wir gliederten auf nach psychiatrischen Leiden bei Verwandten ersten und zweiten Grades.

Tab. 2.6. Familiäre Belastung des Krankengutes

Hereditäre Belastung	Fälle
1. Grades	
keine	13
ähnliche psychische Erkrankung	2
andere psychische Erkrankung	3
nicht bestimmbar	2
Summe	20
2. Grades	
keine	15
ähnliche psychische Erkrankung	2
andere psychische Erkrankung	1
nicht bestimmbar	2
Summe	20

Bei 2 Patienten ließ sich eine Psychose im ersten Verwandtschaftsgrad nachweisen. So bei L.J., dessen Vater wegen einer schizophrenen Erkrankung in den 40-ger Jahren in einem Bezirkskrankenhaus interniert war, oder bei F.N., dessen Bruder hebephren, die Mutter "nervenschwach" ist, und deren Vater wiederum ebenfalls "geisteskrank" war. Die beiden Angaben "nervenschwach" und "geisteskrank" stammen von

Laien, wobei wahrscheinlich eine ähnliche Krankheit wie die N.F.'s gemeint ist. Bei den psychischen Erkrankungen anderer Art konnten eine Trunksucht, depressive Verstimmungen und eine vegetative Dystonie eruiert werden.

Wenden wir uns nun im folgenden der soziologischen Auswertung aller unserer Patienten mit einer endogenen Psychose zu.

Die bekannte Tatsache, daß unter Schizophrenen mehr Unverheiratete anzutreffen sind, als in der Durchschnittsbevölkerung (BENEDETTI, KIND, WENGER 1967) wird zwar in dieser Nachuntersuchung bestätigt, ist jedoch nur insofern von sehr bedingtem Aussagewert, als es sich erstens um eine ausschließlich jugendpsychiatrische Untersuchung bei niedrigem Erstmanifestationsalter handelt, zweitens es sich um nur männliche Patienten handelt, wobei beim männlichen Geschlecht das Eheschließungsalter ohnehin höher liegt als beim weiblichen, und drittens die Katamnese relativ frühzeitig nach der jeweiligen letzten Klinikentlassung stattfand (siehe Tabelle 2.4.). Für unsere Patienten ergab sich folgendes Bild:

Tab. 2.7. Familienstand der Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Familienstand	Fälle
ledig	16
verlobt	1
verheiratet	2
Summe	19

Von den 17 ledigen Patienten wohnen derzeit 13 zu Hause bei den Eltern, 1 Ausländer bewohnt zusammen mit seinem Bruder eine Kleinwohnung, und 3 befinden sich derzeit in einem Bezirkskrankenhaus in psychiatrischer Behandlung und Betreuung. Bei den 3 verheirateten Patienten wurde die Ehe nach der Erstmanifestation der Krankheit geschlossen. Sie war zum Nachuntersuchungszeitpunkt jeweils voll intakt. Alle kannten ihre jetzige Frau schon vor Krankheitsausbruch, so daß die Ehefrauen über das psychiatrische Leiden informiert waren. Daß von den ledigen 14 Patienten, die sich derzeit draußen im Leben bewegen, nur 2 eine Beziehung zum anderen Geschlecht haben, ist nicht nur durch die allgemeine erhebliche Kontaktschwäche (Tabelle 2.8.) dieser jungen schizophrenen Patienten bedingt, sondern es kommt auch eine sexuelle Gehemmtheit dem weiblichen Geschlecht gegenüber zum Ausdruck, die sich sehr häufig als sexuelle Skrupel explorieren läßt. Mithin wird gerade die sexuelle Thematik zum Inhalt ihres Wahnsystems. So äußerte S.E., daß er "nicht zum Tanze gehe, weil er fürchte, er müsse sein Geschlecht herzeigen", oder L.R., der glaubt, daß er "homosexuell" sei und auch K.C., dem seine Stimmen eingeben, er sei "ein impotenter Mann". Dieses unglückliche Verhältnis zur Sexualität, das sich auch im höheren Alter sehr oft nicht aufzulösen pflegt, dürfte wesentlich zur oben erwähnten allgemeinen hohen Ledigenquote bei Schizophrenen mit beitragen.

Tab. 2.8. Außerfamiliäre Interaktionen unserer Patienten

Außerfamiliäre Beziehungen	Fälle
Freund	4
Freundin	2
Vereins/Gruppenmitgliedschaft	3
Sonstige Bekannte	2
Einzelgänger	9
Summe	20

Zur Beurteilung der Intelligenz orientierten wir uns auch an den Schulleistungen bzw. der Berufsausbildung.

Tab. 2.9. Schulbildung unserer Patienten

Schulbildung	Fälle
Volksschule	14
Höhere Schule ohne Abitur	3
Abitur	2
Hilfs/Sonderschule	1
Summe	20

Von unseren 20 schizophrenen Patienten konnten 2 das Abitur als Schulabschluß nachweisen. Bei den 3 Patienten, die eine höhere Schule ohne Abitur besucht hatten, erbrachten 2 keinen Schulabschluß (Gymnasium abgebrochen, ohne die mittlere Reife erlangt zu haben, abgebrochene Realschule), einer befand sich zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch in Schulausbildung an einer Realschule. Von den 14 Volksschülern hatte einer nach mehrmaligem Sitzenbleiben ohne Abschluß abgebrochen. Bei seinem Klinikaufenthalt konnte jedoch eine Debilität festgestellt werden.

Bezüglich der Berufsausbildung fiel auf, daß von den beiden, die während der Erstmanifestation der Psychose in Hochschulausbildung standen, der eine inzwischen sein Studium abgebrochen hatte, der andere die Studienrichtung bereits einmal gewechselt hatte.

Tab. 2.10. Berufsausbildung unserer Patienten

Berufsausbildung	Fälle
in Ausbildung	1
keine Ausbildung	4
angelernete Tätigkeit	5
abgeschlossene Lehre	8
Hochschulstudium	2
Summe	20

Von den 8 Patienten mit einer abgeschlossenen Lehre sind noch 6 in ihrem erlernten Beruf tätig, 2 haben ihre erlernte Tätigkeit wegen eines permanenten Leistungsversagens und einer Antriebschwäche inzwischen aufgeben müssen und waren zu Hause. Zu erwähnen ist, daß beide syndrom-dynamisch dem amorphen Typ angehörten.

Daß insgesamt 10 Patienten zu keiner abgeschlossenen Berufsausbildung kamen, lag einmal daran, daß der frühe Krankheitsbeginn sie entweder zum Ausbildungsabbruch zwang, oder sie nach Schulabschluß keine feste Ausbildung beginnen ließ, zum anderen, - wie bei 3 unserer Patienten festzustellen war - eine Intelligenzschwäche eine geregelte Berufsausbildung verhinderte. (Siehe Tabelle 2.11.)

Tab. 2.11. Zeitpunkt der Erstmanifestation der schizophrenen Erkrankung bei unseren Patienten

Krankheitsbeginn	Fälle
während der Schulausbildung	5
nach der Schulausbildung	5
während der Berufsausbildung	3
nach der Berufsausbildung	7
Summe	20

Nebenbei sei noch bemerkt, daß keiner unserer Patienten mit abgeschlossener Lehre und in einem Arbeitsverhältnis stehend seinen Arbeitsplatz verlor, was hingegen bei den 5 angelernten Patienten leider zweimal der Fall war.

Tab. 2.12. Stellung im Beruf zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Stellung im Beruf	Fälle
Ausübung des erlernten Berufs	6
Ausübung einer angelernten Tätigkeit	4
arbeitslos	3
Arbeitsunfähigkeit	5
in Ausbildung	2
Summe	20

Von den insgesamt 8 Patienten, die zum Nachuntersuchungszeitpunkt keiner Tätigkeit nachgingen, konnte in 3 Fällen ein sozialer Abstieg beobachtet werden. So bei M.L., der als gelernter Bürokaufmann bei einem sich langsam stabilisierenden Zustandsbild seiner Arbeit nicht mehr nachgehen konnte, S.W., der nach dem Ausbruch der Psychose sein Studium infolge "Denkstörungen" abbrechen mußte und nun arbeitslos ist, und B.K., von Beruf Chemielaborant, der seit Krankheitsbeginn arbeitsunfähig ist. In einem weiteren Fall kam es dazu bei F.A., der als gelernter Mechaniker 3 Jahre nach dem Psychosebeginn nun nur mehr die Arbeit als bauerlicher Gehilfe verrichten kann. Ein sozialer Aufstieg im Beruf konnte bei keinem unserer Patienten beobachtet werden.

Nahezu parallel mit der beruflichen Stellung lief die soziale Einordnung sowohl in der Öffentlichkeit, als in der Wohngemeinschaft.

Tab. 2.13. Soziale Einordnungsfähigkeit unserer Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Soziale Einordnung	Fälle
gestört	3
ungestört	13
fraglich	4
Summe	20

Die 3 Patienten mit einer gestörten Einordnungsfähigkeit, die sich unter anderem in dissozialen Verhaltensweisen wie Weglaufen, Rauschgiftmißbrauch, kriminellen Delikten, Bedrohung Angehöriger und außenstehender Personen oder Suicidversuch äußerten, befanden sich zum Nachuntersuchungszeitpunkt in Bezirkskrankenhäusern in psychiatrischer Behandlung. Alle 4 Patienten, bei denen die soziale Einordnung fraglich erschien, waren arbeitslos bzw. arbeitsunfähig.

5. Abnorme Erlebnisreaktion, abnorme Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathie.

Auf die Schwierigkeiten, die sich bei der Diagnostik psychogener Störungen oder psychopathischer Persönlichkeiten im jugendlichen Alter ergeben, wird in jeder

Jugendpsychiatrischen Veröffentlichung, die diese Thematik betrifft, hingewiesen.

J.E.MEYER (1972) fordert, die Diagnose "Persönlichkeitsstörung" beim Kinde überhaupt nicht zu stellen, und während der Pubertät und Adoleszenz damit sehr vorsichtig zu sein. Hinter den verschiedenen psychoreaktiven und psychopathisch anmutenden Symptomen, die - würden sie bei Erwachsenen diagnostiziert - meistens eine deutliche Zuordnung zu einem bestimmten psychopathologischen Formenkreis erlauben, kann sich beim jungen Menschen sozusagen alles mögliche verbergen, so daß sich immer die gleichen Fragen ergeben: Handelt es sich um "Wiederholungen" kindlicher Verhaltensstörungen oder um pubertätsspezifische Krisenzustände? Sind es Begleiterscheinungen der Persönlichkeitsentwicklung oder erste Anzeichen einer tiefgreifenden seelischen Störung (LANGEN, STOLZE 1966)? So gibt es z.B. eine große Gruppe von neurotischen Symptomen, die sich vornehmlich in Konflikten mit der Umwelt äußern, wobei diese Konflikte zu aggressiven oder zu regressiven Verhaltensstörungen führen. Zu den aggressiven Verhaltensstörungen gehört der größte Teil der Jugendkriminalität, zu den regressiven Symptomen der Suicidversuch, das Fortlaufen, die Anorexia nervosa und viele psychogene Symptome, die als Flucht oder Ausweichen vor der Wirklichkeit zu deuten sind. Hinter beiden Formen gestörter mitmenschlicher Beziehungen im Jugendalter können Autoritätskonflikte stehen, welche zugleich Identitätskonflikte sind. Nicht alle neurotischen Syndrome der Adoleszenz lassen sich jedoch in dieses sehr vereinfachte Schema einreihen: Aggressives und regressives Verhalten findet sich oft nebeneinander oder wechselt kurzfristig in der beherrschenden Symptomatik ab. Die Frage, ob und inwieweit Verhaltensstörungen und psychosomatische Syndrome neurotischer oder psychopathischer Natur sind, ist mit unserem Wissen und

der uns zur Verfügung stehenden Methodik nicht immer schlüssig zu beantworten. Dagegen hat sich in den letzten Jahren durch die Verfeinerung der neurologischen Diagnostik herausgestellt, daß häufig blande frühkindliche Hirnschäden als organischer Kern einer Verhaltensstörung zugrunde liegen (J.E.MEYER 1962). Ebenso große Schwierigkeiten bereitet die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen die endogenen Psychosen und hier wiederum eben gegen die am häufigsten im Jugendalter vorkommende Hebe-
phrenie. So gibt es mannigfaltige Beziehungen der Hebe-
phrenie zu psychisch-reaktiven Bildern, deren Differentialdiagnose schon eine lange Vorgeschichte aufweist (KREUSER 1913, PERELMANN 1926, GRUHLE 1947). Puerilismus (BILIKIEWICZ 1960) und Faxensyndrom (BLEULER 1972) gibt es im hebephrenen und "hysterischen" Symptombereich, wenn auch mit der jeweiligen affektiven Tönung. Unabhängig davon bildet z.B. das hypochondrische Syndrom eine typische kritische Erscheinung der Reifungszeit. BRÄUTIGAM (1958) hat es deskriptiv und pathogenetisch ausgearbeitet, und auch HÄFNER (1959) bezieht sich ausdrücklich auf die Adoleszentenhypochondrie als Ausdruck eines mißglückten Reifungsüberganges. Nicht minder charakteristisch, wenn auch nicht so häufig sind Zwangserlebnisse. Dem Entwicklungs-
alter entspricht besonders die sexuelle Obsession: Jugendliche sehen und hören in allem sexuelle Anspielungen. Es gibt aber auch religiöse und aggressive Zwänge. Alle diese Impulse sind unabweislich, quälend, und der Kampf mit ihnen führt bis zur Verzweiflung. Manchmal kommt es zu visionären Vorstellungen. Obgleich das Merkmal der kritischen Distanz nie fehlt, ist es für den psychiatrisch nicht Erfahrenen schwierig, die Grenze zu Wahn und Halluzinationen im schizo-
phrenen Sinn zu ziehen. Gewöhnlich verschwinden die genannten Syndrome spontan oder mit psychotherapeutischer Hilfe nach kürzerer oder längerer Zeit. Sie können aber auch in eine echte Zwangskrankheit auslaufen.

Bei all diesen Erscheinungen muß man darauf achten, ob sie flüchtig und vor allem voll restituierbar sind, oder ob Gefühlsunechtheit und merkwürdige Bewegungsformen auffallen. Und selbst dann bringt häufig erst der längere Verlauf die Klärung.

Um unsere nachuntersuchten Kranken, deren Krankenblatt Diagnosen in Tabelle 3.1. aufgeführt sind, einigermaßen sinnvoll systematisieren zu können, lehnten wir uns an die Einteilung der abnormen Spielarten seelischen Wesens im Sinne von K.SCHNEIDER an.

Tab. 3.1. Krankenblatt Diagnosen

Diagnose	Fälle
Abnorme depressive Konfliktreaktion	1
Abnorme Persönlichkeitsentwicklung	3
Abnorme Erlebnisreaktion mit Selbstmordversuch	2
Asthenische Persönlichkeit	2
Hypochondrisches Syndrom	1
Psychovegetative Allgemeinstörung	1
Summe	10

Wir erweiterten die Einteilung noch um die abnormen Persönlichkeitsentwicklungen, die eine Zwischenposition zwischen den abnormen Persönlichkeiten und den abnormen Erlebnisreaktionen einnehmen. Dabei ordneten wir das hypochondrische Syndrom und die psychovegetative Allgemeinstörung den abnormen Persönlichkeitsentwicklungen zu, die abnorme depressive Konfliktreaktion und die abnormen Erlebnisreaktionen mit Selbstmordversuch (SMV) faßten wir in der Gruppe der abnormen Erlebnisreaktionen zusammen.

Wir kamen zu folgender Tabelle 3.2.

Tab. 3.2. Abnorme Spielarten seelischen Wesens in
Anlehnung an K.SCHNEIDER

Abnorme Spielarten	Fälle
Abnorme Verstandesanlagen	0
Abnorme Persönlichkeiten	2
Abnorme Persönlichkeitsentwicklungen	5
Abnorme Erlebnisreaktionen	3
Summe	10

Die Mehrzahl der krankhaften psychischen Reaktionen spielte sich aufgrund einer disponierenden Charakterstörung ab. Der abwegige Charakter seinerseits war zum Teil angeboren oder vererbt (Psychopathie) oder im Sinne einer langen psycho-reaktiven Fehlentwicklung nach Art einer Charakterneurose erworben. Daß eine bereits hinsichtlich ihres Charakters disponierte Persönlichkeit auf Belastungssituationen, wie sie nicht selten eben gerade die Pubertät darstellt, häufig "anders" reagiert als der normale Mensch - wobei normal sich an der Durchschnittsnorm orientieren soll - aber auch häufiger in Belastungssituationen hineingerät bzw. sie sich selbst schafft, darf angenommen werden. Die psychische Symptomatik, die dabei aus der Notwendigkeit zum vollen Einsatz aller Kräfte für die alltägliche Situationsbewältigung entspringt, ließ bei unseren Patienten psychische und vegetative Reaktionen unterscheiden. Psychische Reaktionen betrafen dabei u.a. die Stimmung (reaktive Depression), die Ansprechbarkeit der Affekte (erhöhte Reizbarkeit), die Denkabläufe (Denkhemmung), Konzentrationsschwierigkeiten und

komplexe psychische Erscheinungen wie phobische und anankastische Syndrome. Die vegetativen Erscheinungen äußerten sich in kardialen und gastrointestinalen Beschwerden sowie in Neuralgien.

Bezüglich der Erlebnisreaktion ist noch zu berücksichtigen, daß eine psychische Reaktion selten durch ein Einzelerlebnis allein geprägt wird, sondern die ganze Lebenssituation und Lebensgeschichte einschließlich der Art der Disposition die Reaktion oft mitprägen. Ein Erlebnis hat so auch niemals eine unabhängige Bedeutung, sondern immer nur eine solche in Bezug auf die Persönlichkeit des Erlebenden. Die Pubertät und Adoleszenz stellten bei allen unseren Patienten die erste große Belastungssituation dar. Dies kommt einmal im Erstmanifestationsalter mit einem Durchschnitt von 18,4 Jahren (siehe Tabelle 3.3.) und auch in den vermeintlichen Ursachen, die nach Ansicht unserer Patienten für den dekompensierten Zustand zu beschuldigen sind, zum Ausdruck.

Tab. 3.3. Erstmanifestationsalter unserer Patienten in Jahren

Alter in Jahren	Fälle
14 bis 16	2
17 bis 19	4
20 bis 22	4
Summe	10

Die vermeintlichen Ursachen, welche 8 unserer 10 Patienten angaben, sind in der Tabelle 3.4. zusammengefaßt.

Tab. 3.4. Von 8 unserer 10 Patienten angegebene vermeintliche "krankheitsauslösende Ursachen"

J.G.	berufliche Überforderung bei Akkordarbeit
W.Z.	unerträgliche Kopfschmerzen, Kontaktarmut, dauernde depressive Verstimmung
K.R.	Leistungsdruck in Berufsschule und Arbeit
G.F.	Konflikt wegen seiner ersten Freundin, die sehr viel älter als er und sehr dick war
B.R.	psychische Überlastung durch die Bundeswehr
L.M.	wollte seinen Mut Freunden gegenüber beweisen durch Sprung aus dem Fenster
M.W.	Liebeskummer
S.A.	sexuelle Konflikte

Die übrigen 2 Patienten konnten diesbezüglich keinen Grund für ihr psychisches Versagen angeben. Von den 10 Patienten erlitten 2 einen erneuten Rückfall, wobei sie diesen in der gleichen Weise wie das Erstauftreten des dekompenzierten Zustandes begründeten. So M.W., der noch 1 Jahr später eine weitere Liebesenttäuschung hinnehmen mußte und in deren Anschluß sich das Leben nehmen wollte, und bei W.Z., den 2 Wochen nach Klinikentlassung unerträgliche Kopfschmerzen und Gliederschmerzen zum Suicidversuch trieben.

Beim Einblick in die Familiengeschichte ließ sich bei 5 von den 10 Patienten eine belastende psychiatrische Familienanamnese erkennen. Dabei hatten drei Patienten eine gleiche psychische Erkrankung bzw. Auffälligkeit im Verwandtenkreis ersten Grades. Bei W.Z. hatte z.B. die Mutter aus ungeklärtem Motiv Selbstmord begangen, bei S.J. zeigte der Bruder eine "depressive Symptomatik" und bei M.W. "hatte es die Mutter mit den Nerven zu tun". Bei 2 Patienten ließen sich

im ersten Verwandtschaftsgrad psychische Auffälligkeiten anderer Art nachweisen, wie eine Epilepsie und eine nicht näher bestimmbare "Geisteskrankheit" mit Dauerhospitalisierung.

Bevor wir die Betrachtung der Krankheitsverläufe anschließen, sei ein Blick auf die verschieden langen Beobachtungszeiträume von der Ersteinweisung bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt geworfen.

Tab. 3.5. Verlaufsdauer der Erkrankung von der Erstmanifestation bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in Monaten

Monate	Fälle
12 bis 24	6
25 bis 36	3
37 bis 48	1
Summe	10

Tab. 3.6. Beschreibung des bisherigen Krankheitsverlaufes

Beschreibung	Fälle
bisher einmaliges Ereignis	5
behandlungsbedürftige Rückfälle mit je- weiliger Wiederherstellung	1
behandlungsbedürftige Rückfälle bei chronischem Verlauf	1
chronischer behandlungsbedürftiger Verlauf	3
Summe	10

Unter den 10 Patienten entwickelte sich in 3 Fällen ein chronischer Verlauf, der bisher fortwährend behandlungsbedürftig war. So bei S.P., der unter einem hypochondrischen Syndrom schon seit 2 Jahren an Schmerzen im Oberbauch, an Nervenschmerzen, an Durchfällen und Atembeschwerden zu leiden hat, wobei eine Tendenz zur Ausgestaltung seiner Beschwerden unverkennbar war. Eine zwischenzeitlich verordnete Kur erbrachte ebensowenig Erfolg wie ein im Ausland unternommener Therapieversuch eines Nervenarztes. Die Therapie erfolgt laufend mit einem Tranquilizer.

Oder I.G., der vor 1 1/2 Jahren mit psychovegetativen Allgemeinstörungen in die Klinik kam und ebenso heute noch unter Schwindelgefühlen, Herzklopfen, Schweißausbrüchen und einem "Kloßgefühl" im Hals leiden muß. Depressive Verstimmungen und Angstgefühle beherrschten weiterhin das psychische Zustandsbild. Auch hier erfolgt die medikamentöse Behandlung laufend mit einem Tranquilizer. Daneben wurde vor kurzem eine Psychotherapie in Form einer Gruppentherapie begonnen, deren Erfolg jedoch noch nicht abzusehen war.

Unser 3. Patient mit chronischem Verlauf kam von der Bundeswehr mit einer reaktiven Depression in die Klinik. Die im Rahmen einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung, deren Gründe u.a. in einem Konfliktverhältnis zu seinen Eltern und in neurotisch-konflikthaften Störungen aufgrund einer langjährigen Unterbringung in einem strengen Internat zu suchen sind, depressiv veranlagte Persönlichkeit "kämpft andauernd gegen depressive Zustände, die ihn zu überfallen drohen".

Für 5 Patienten war es bisher ein einmaliges Ereignis, das jedoch nicht darüber hinwegtäuschen darf, daß ein ähnliches während einer erneuten schweren Belastungsprobe wiederum auftreten kann. Schließlich handelt es sich um durchwegs junge Menschen, denen der größte Teil des Lebens noch bevorsteht. Immerhin beobachteten wir auch hier eine Intervall-

symptomatik in Form von Vitalitäts- und affektiven Störungen (siehe Tabelle 3.8.)

Zusammenfassend zeigt die Tabelle 3.7., daß sich in insgesamt 4 Fällen zum Nachuntersuchungszeitpunkt keine psychopathologische Symptomatik nachweisen ließ. In den übrigen 6 Fällen beobachteten wir, daß 4 Patienten ein unverändertes Zustandsbild wie bei der letzten stationären Aufnahme zeigten. Die restlichen 2 Patienten wiesen bei einem rückgebildeten Zustandsbild eine Intervallsymptomatik in Form vitaler Störungen, Konzentrations-schwierigkeiten und neurotisch-konflikthafter Störungen in mehr oder minder ausgeprägter Art auf. Auffallend hoch war der Anteil der affektiven Störungen. Er unterstreicht die bedeutende Rolle affektbetonter Tatsachen, die sie bei der Auslösung der Störung spielen (BLEULER 1972).

Tab. 3.7. Entwicklung des psychopathologischen Zustandsbildes unserer Patienten seit der Entlassung

Krankenblatt-diagnose	Fälle	Sympt. zurückgebildet	Sympt. unverändert	Sympt. ausgeweitert	symptomfrei
Abnorme depressive Konfliktreaktion	1	-	1	-	-
Abnorme Entwicklung	5	1	2	-	2
Abnorme Erlebnisreaktion	2	-	-	-	2
Abnorme Persönlichkeiten (Astheniker)	2	1	1	-	-
Summe	10				

Weiterhin sahen wir hier ein intermittierendes psychopathologisches Querschnittsbild mehr oder minder uncharakteristischer Insuffizienzssyndrome, die hauptsächlich den Antrieb, die Leistung und die allgemeine Vitalität betrafen. Diese sind in der Tabelle 3.8. zusammengefaßt.

Tab. 3.8. Intervallsymptomatik bei abnormen Persönlichkeiten, Persönlichkeitsentwicklungen und Reaktionen zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Symptome	Häufigkeit
1. Körperlich-vegetative Beschwerden	
a) Kopfschmerzen	3
b) Schwindelgefühle	1
c) Magenschmerzen	1
d) Gliederschmerzen	1
e) Herzklopfen mit Schweißausbrüchen	1
f) Schlafstörungen	3
g) rasche Ermüdbarkeit	2
2. Allgemeine Vitalstörungen	
a) Antriebslosigkeit	2
b) Traurigkeit	4
c) "depressive Verstimmungen"	2
d) Angst	3
3. Affektive Störungen	
a) flache Gefühlslage	3
b) abgestumpft-apatthische Gefühlslage	2
c) akut ängstliche Gefühlslage	1
4. Konflikthafte Störungen	
a) allgemeine Minderwertigkeitsgefühle	2
b) Kontaktstörungen	3
c) sexuelle Konflikte	1
d) hypochondrische Beschwerden	1
5. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	
a) Konzentrationsschwierigkeiten	4
b) Merkfähigkeitsschwierigkeiten	2
c) vorstellungsarmer Gedankengang	1
d) Denkstörungen	2

Diese unspezifischen Versagenszustände können jedoch bei der Längsschnittsbetrachtung hinsichtlich ihrer Sukzession und ihrem Vorherrschen in bestimmten Verlaufsabschnitten eine eigene typologische Bedeutung bekommen, wie etwa beim endogenen juvenil-asthenischen Versagenssyndrom (GLATZEL, HUBER 1968), worauf wir noch zu sprechen kommen werden. Zusätzlich ist neben den 10 Patienten dieses psychopathologischen Formenkreises noch ein weiterer ehemaliger Patient zu erwähnen, der infolge einer "vegetativen Depression" in die hiesige Klinik aufgenommen wurde, die im Rahmen einer asthenischen Persönlichkeit in Erscheinung trat. Bei der Entlassung war kaum eine Besserung seines Zustandsbildes zu bemerken, 4 Wochen später kam er durch Suicid mit 100 Tabletten des hier verordneten Medikaments ums Leben. Diese regressive Verhaltensstörung verdeutlicht das Mißlingen der Bewältigung des eingetretenen dekompensierten Zustandes, bei der es dem Astheniker in noch viel stärkerem Maße schwerer fällt, sich zu bewähren, als vergleichsweise einer andersartig disponierten Persönlichkeit, zumal er schon in "gesundem Zustand" alle seine Kräfte aufwenden muß, um nicht bei der täglichen Zielsetzung zu versagen (PETRILOWITSCH 1966).

Wir erhoben auch die soziale Katamnese nach Angaben der Patienten.

Daß unter den 10 Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt nur ein Verheirateter zu finden war, ist auf die schon bei den Schizophrenen aufgeführten Umstände zurückzuführen, nämlich relativ junges Alter unserer Patienten und ohnehin höheres Heiratsalter beim männlichen Geschlecht. Im Laufe der Zeit kann sich diese Relation der Durchschnittsbevölkerung angleichen, so daß hier nicht von einer typischen hohen Ledigenquote wie bei Schizophrenen gesprochen werden darf.

So zeigten auch die außerfamiliären Beziehungen keine über-

zeugenden Kontaktstörungen, wenn sich auch diesbezüglich 2 Patienten als Einzelgänger bezeichneten. In der Tabelle 3.9. sind die außerfamiliären Beziehungen dargestellt.

Tab. 3.9. Außerfamiliärer Kontakt unserer Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Außerfamiliärer Kontakt	Fälle
Freund/sonstige Bekannte	5
Freundin	2
Vereins/Gruppenmitglied	1
Einzelgänger	2
Summe	10

Bei der Betrachtung des Ausbildungsverlaufes zeigte sich, daß der überwiegende Teil eine feste Ausbildung abgeschlossen hat.

Tab. 3.10. Ausbildungsverlauf unserer Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Ausbildungsverlauf	Fälle
keine Ausbildung	1
Ausbildung abgeschlossen	5
in Berufsausbildung	2
in Schulausbildung	2
Summe	10

Nur W.Z., der trotz guter Leistungen die Realschule abbrechen mußte, nachdem sich bei ihm plötzlich Kopfschmerzen einstellten, denen ein progredienter Antriebs- und Leistungsabfall folgte, zu denen schließlich Denkstörungen kamen,

ist auch heute noch unfähig, einer geregelten Arbeit nachzugehen. So arbeitete er zum Nachuntersuchungszeitpunkt als bäuerlicher Gehilfe in der elterlichen Landwirtschaft mit. Die Krankheit, unter der W.Z. zu leiden hat, stellt einen eigenen Typus unter den asthenischen Persönlichkeiten dar, deren Verlauf chronisch ist mit Progredienz zum Defekt. (Siehe IV). Die Krankheit dauerte bei ihm immerhin schon 6 Jahre an.

Die Erhebung der derzeitigen Stellung im Beruf ergab, daß von den 5 Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung zum Nachuntersuchungszeitpunkt nur mehr einer seinen erlernten Beruf ausübte.

Tab. 3.11. Berufliche Stellung unserer Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Stellung im Beruf	Fälle
Ausübung des gelernten Berufes	1
Ausübung einer angelernten Tätigkeit	3
arbeitslos	3
in Schul/Berufsausbildung	3
Summe	10

Dies ist nicht so sehr verwunderlich, wenn man bedenkt, daß bei 3 Patienten eben die hohe berufliche Leistungsanforderung und Verantwortungsübernahme nach Lehrabschluß für die psychische Krise verantwortlich waren, die nur dadurch überwunden werden konnte, daß der Betreffende aus diesem ihn belastenden Milieu herausgenommen wurde und ihm eine andere Tätigkeit beschafft werden mußte. Die 3 arbeitslosen "Fälle" waren nicht Folge der psychischen Dekompensation unserer Patienten, sondern müssen bei der zum Nachuntersuchungszeit-

punkt vorgelegenen schlechten Arbeitslage entsprechend interpretiert werden. Insgesamt gesehen bedeutete jedoch die Erstmanifestation einen sozialen Abstieg im Beruf, wenn man von den noch in Ausbildung Stehenden absieht. Nur S.P. konnte durch die weitere Ausübung seines gelernten Berufes das soziale Niveau halten. Auch hier war kein sozialer Aufstieg nach Erstmanifestation zu verzeichnen.

Was die soziale Einordnung betrifft, stellten wir bei den Patienten fest, daß sie sowohl in der Öffentlichkeit, als auch in der Wohngemeinschaft bei insgesamt 7 zwischenzeitlich ungestört verlaufen ist. Lediglich W.Z. mußte wegen einer die Öffentlichkeit erregenden dissozialen Handlung in einem Bezirkskrankenhaus untergebracht werden, als er nämlich in der Mensa grundlos einen vollen Bierkasten am Boden zertrümmerte und dabei rief: "Ich könnte aus dem Fenster springen!" (sthenische Reaktion eines Asthenikers!). 2 Patienten schienen uns diesbezüglich schwer beurteilbar, indem sie, ohne sich konkretisiert zu haben, nur angaben, "ihre Einordnungsstörungen gingen über das übliche Maß nicht hinaus". Beide lebten von ihren Eltern getrennt in einer eigenen Wohnung und standen in einem Arbeitsverhältnis.

Anzumerken ist neben diesem Kollektiv noch ein weiterer ehemaliger Patient, der nach mehreren kriminellen Delikten aus Angst vor einer Gefängnisstrafe eine akute Haftreaktion (BLEULER 1972) zeigte, die ihn zum Selbstmordversuch trieb, und der deshalb in die Klinik aufgenommen wurde. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt, genau 1 Jahr später, saß er wegen der Delikte in einer Jugendstrafanstalt ein.

Hinsichtlich der Prognose unserer Patienten, die u.a. die Persönlichkeit und Lebenstüchtigkeit, die Behandlungsbereitschaft und Behandlungsmöglichkeit berücksichtigte, konnten 8 unserer 10 Patienten als prognostisch günstig beurteilt werden, wenn auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt eventuelle

funktionelle Körperbeschwerden, Antriebs- und Leistungsschwäche und Konzentrationsschwierigkeiten angegeben wurden. So berichtet auch K.ERNST (1968), daß funktionelle Körperbeschwerden viel seltener in anatomisch-physiologisch faßbare Körperkrankheiten übergingen, als man denken würde, und ebenso die soziale Beziehung nur selten zur Invalidität und zum sozialen Abstieg führe. Insgesamt könne jedoch die Prognose nicht einfach als "günstig" bezeichnet werden.

"Viele funktionelle oder 'organneurotische', hypochondrische, neurasthenische Störungen ziehen sich durch das ganze Leben hin. Neurotische Depressionen können sich über viele Jahre erstrecken oder nach ihrer Heilung in ähnlicher Form wiederkehren. Oft können auch chronische Verläufe zu dauerhaften Persönlichkeitsveränderungen führen, die als affektive Kümmerentwicklung oder neurotische Residualzustände bezeichnet werden können". Diese Entwicklung sahen wir bei W.Z., dessen Krankheitsverlauf, wie schon erwähnt, progredient in einen Defektzustand ausgelaufen zu sein schien. Weiterhin sei auch von prognostischer Bedeutung, ob sich eine Neurose, eine psychische abnorme Reaktion oder der dekompensierte Zustand einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung bei einer prämorbid lebensstüchtigen und vielseitigen Persönlichkeit oder auf dem Boden eines matten asthenischen und unselbständigen Charakters entwickelt, wie wir es bei R.B. sahen, der schon prämorbid eine depressiv veranlagte Persönlichkeitsentwicklung erkennen ließ und aufgrund dieser bei der Bundeswehr eine abnorme depressive Konfliktreaktion zeigte.

4. Die Suchtpatienten.

Zusätzlich zu den beiden Patientengruppen mit einer endogenen Psychose und den abnormen Persönlichkeiten konnten wir bezüglich unserer eingangs dargestellten Insuffizienz-

syndrome noch 6 jugendliche Suchtkranke, weitere 5 Patienten mit Hirnschädigungen durch äußere Gewalteinwirkung und 2 Patienten mit frühkindlichen Hirnschäden nachuntersuchen. Beginnen wir mit den Suchtkranken. Die Krankenblattdiagnosen zeigt Tabelle 4.1.

Tab. 4.1. Krankenblattdiagnosen

Diagnosen	Fälle
Alkoholismus	2
Pathologischer Rausch	1
Polyvalente Sucht	2
Medikamentenabusus	1
Summe	6

Bei der sozialen Katamnese stellten wir zunächst fest, daß von den 6 Jugendlichen, von denen 5 eine abgeschlossene Berufsausbildung aufwiesen, die Hälfte wegen ihrer Suchtkrankheit keiner Arbeit nachgehen konnte bzw. aus dem Arbeitsverhältnis entlassen wurde. Dabei zeigten alle 3 weder den Willen, noch die Entschlossenheit zu einer Arbeit, sondern tendierten zu Arbeitsbummelei. Dementsprechend äußerte sich auch ihr dissoziales Verhalten in Form eines fortgesetzten Drogen- bzw. Alkoholmißbrauchs, mehrfachen Selbstmordversuches und Streunen, derentwegen S.P. z.B. als Pflegesohn einer Sozialarbeiterin unterstellt wurde und Ü.E. inzwischen nochmals in die hiesige Klinik aufgenommen werden mußte. Kriminelle Delikte, die zur Geldbeschaffung für Drogen oder Alkohol dienen sollten, konnten bislang bei ihnen noch nicht festgestellt werden. Im Vergleich zu den anderen 3 sozial vollständig integrierten Patienten schien bei ihnen die Genese und die soziale Bedeutung ihrer Sucht tiefer zu wurzeln. So war die Sucht nicht nur als Ausdruck "pubertären Leichtsinnnes", sondern mehr als pubertäre Fehlent-

wicklung zu werten, bei deren Genese erhebliche biographische und phasenspezifische Faktoren mit hereinspielten. Bei Ü.E. fanden wir etwa eine familiäre Belastung mit Alkoholismus, in S.P. ein Findelkind, dessen Eltern ihn noch im Säuglingsalter an ein Heim abgaben, und bei R.H. häusliche Verhältnisse, die durch familiäre Konflikte in ähnlicher Weise gestört waren, wie sonst bei Jugendlichen mit Anzeichen einer Verwahrlosung. Unter dem phasenspezifischen Aspekt traten übersteigerte Selbstwert- und Kontaktprobleme in den Vordergrund, die sich aus der Ablösung vom Elternhaus, jugendtümlicher Statusunsicherheit und der Neigung ergaben, sich an Gleichaltrige anzulehnen. In unseren Fällen war also die Sucht einmal das Symptom einer milieubedingten und zum anderen als aus erzieherischen Fehlern erwachsenen Fehlentwicklung zu werten. Diese tiefergehende Genese äußerte sich auch in den schon erwähnten häufig rezidivierenden dissozialen Verhaltensweisen, wobei alle drei Patienten mindestens einen Selbstmordversuch unternommen hatten und mindestens zweimal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sind. Wie schon erwähnt, sind die übrigen 3 Patienten sowohl in der Öffentlichkeit, als auch in der Wohngemeinschaft zum Nachuntersuchungszeitpunkt voll integriert gewesen. Einer hatte inzwischen geheiratet und eine Familie gegründet, wobei ihn dieser Umstand, wie er selbst erwähnte, endgültig "zur Abkehr vom Alkohol, dem er mehr aus Langeweile während seiner Freizeit verfallen war, brachte". Von den beiden anderen ist vielleicht noch W.S. zu erwähnen, der mit einem pathologischen Rausch in die Klinik kam. Bei ihm konnte während des Klinikaufenthaltes eine dauerhafte Disposition in Form einer Debität festgestellt werden.

Körperliche Schäden hatte 1 Kranker, bei dem die ikterisch verfärbten Skleren bereits auf eine durch die Drogeninjektionen in Mitleidenschaft gezogene Leber hindeuteten.

Der psychische Befund ergab, daß bei den 3 Patienten, die infolge ihrer Sucht einen sozialen Abstieg erlebten, auch psychische Schädigungen zum Teil sehr deutlich nachzuweisen waren, während bei den restlichen 3 Patienten kaum solche auszumachen waren, die auf den Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch zurückgeführt werden konnten. Am deutlichsten zeigte sich dabei die Veränderung der Affektivität in Richtung Labilität, mit der eine verstärkte Gefühlsbetonung aller Erlebnisse verbunden war, die den Augenblicksaffekt zum Herren über Willen und Überlegung machte. So äußerte sich z.B. R.H. mit Tränen in den Augen sehr betrübt über die Schwierigkeiten, die er seinen Eltern mit seiner Sucht bereite, kurze Zeit später jedoch erklärte er in kühler und sorgloser Art, daß seine Eltern "für ihn tabu" seien. Diese Flüchtigkeit der Affekte macht natürlich auch eine Beständigkeit im Streben und Handeln unmöglich, wie der soziale Abstieg im Beruf bereits gezeigt hatte. Zusätzlich wirkt auch noch die Willensschwäche, die sie den ernstesten Versprechen nach wenigen Minuten untreu werden läßt; nirgends hatten unsere Patienten Ausdauer, sie verließen leicht ihre Arbeitsstelle teils um eine andere zu suchen, teils aber auch ins Blaue hinaus, nur weil es ihnen nicht gefiel, sondern sie es viel schöner fanden, "unter einem Baum zu liegen und zu träumen". Am ausgesprochensten zeigte sich die Willensschwäche bisher natürlich ihrer Sucht gegenüber. Der Mangel an einheitlicher Stimmung beraubt diese Suchtpatienten auch der Ausdauer und der Nachhaltigkeit der Strebungen und verunmöglicht eine einheitliche Zielrichtung des Denkens (BLEULER 1972). Dies drückte sich auch in den intellektuellen Fähigkeiten unserer 3 Patienten aus, die eine erhebliche Verschlechterung des Gedächtnisses einschließlich Gedankengang, der Urteilsfähigkeit und der Einsicht aufwiesen (siehe Tabelle 4.2.). Das Gedächtnis war zum Teil sehr ungenau, so daß es den Patienten schwerfiel, Geschehnisse genau zu reproduzieren, was durch Konzentrations-

und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten noch erschwert wurde. Die dauernde Anspannung der Aufmerksamkeit war bei ihnen sehr verschlechtert oder unmöglich, teils wegen der Labilität des Interesses, teils auch wegen der gehemmten oder unruhigen Psychomotorik. Die Urteilsfähigkeit schien ebenfalls eingeschränkt, wobei sie flach und oberflächlich wirkte. Es wurde anstatt auf die Hauptsache auf Nebensachen eingegangen. Zugleich schien die Übersicht durch das Denken eingeengt. Es bereitete daher den Patienten oft Mühe, komplizierte Dinge zu überlegen. An psychischen Beschwerden waren weiterhin die Angst und Traurigkeit bei einer mehr depressiven Grundstimmung feststellbar, wobei aber die depressive Grundstimmung in gereizte und gehässige Verstimmungen überschlagen konnte. Dabei erschien etwa R.H. "an seinen Angehörigen und am Staat nichts mehr recht", wobei er sich als "Kind vieler Fehler" bezeichnete und er selbst die "Gesellschaft nur negativ erlebe". Diese depressiven Versagenszustände wurden bei unserem Patienten immer dann potenziert, wenn es galt, sich ohne Droge bzw. Alkohol mit den Realitäten auseinanderzusetzen. Den vollständigen psychischen Befund zeigt die Tabelle 4.2.

Tab. 4.2. Psychischer Befund der Trunk- und Drogen-süchtigen zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Symptome	Häufigkeit
Psychomotorik	
antriebsam	3
antriebsgehemmt	1
motorisch unruhig	2
Affektivität	
gespannt	2
akut ängstlich	1
situationsadäquat	3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	
keine	3
Altgedächtnisstörungen	1
Konzentrationsschwierigkeiten	2
Gedankengang	
geordnet	3
schwerflüssig	1
verwirrt	2
Konflikthafte Störungen	
Kontaktstörungen	2
Minderwertigkeitsgefühle	3
Urteilsfähigkeit	
normal	3
eingeschränkt	3
Einsicht	
normal	3
gestört	3
Dominierende subjektive Beschwerden	
Angst	2
Traurigkeit	1
Unruhe	2
"Nervosität"	2

Prognostisch gesehen sind bei unseren Patienten natürlich die 3 mit sozialem Abstieg und psychischen Schädigungen infolge ihrer Sucht ungünstig zu werten, zumal, wie schon erwähnt, die Genese ihres Alkohol- bzw. Drogenmißbrauchs tiefer zu wurzeln schien, bisherige Entziehungsmaßnahmen scheiterten und auch psychotherapeutische Maßnahmen zum Teil erfolglos verliefen, ethische Werte bereits auf ein niedrigeres Niveau abgesunken schienen und somit natürlich die Bereitschaft zur Behandlung fehlte.

Zusätzlich sind noch 2 weitere Patienten dieses psychiatrischen Formenkreises zu erwähnen, von denen der eine infolge kriminellen Rauschgifthandels zum Nachuntersuchungszeitpunkt in einer Jugendstrafanstalt einsaß, der andere bei fortgesetztem erheblichen Drogenmißbrauch wegen Selbstgefährdung in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden mußte.

5. Hirnschäden durch äußere Gewalteinwirkung.

Die psychischen Veränderungen, die als Folgen einer exogenen Hirnschädigung auftreten, sind in ihrer Symptomatik nicht mehr so einheitlich wie die vorhergehend behandelten Formenkreise, zumal einmal eine Abhängigkeit zwischen psychischer Symptomatik und der körperlichen und seelischen Entwicklungsphase besteht, und zum anderen in begrenztem Maße auch die Lokalisierung der Schädigung eine Bedeutung für das spätere Symptomenbild der chronischen psychischen Veränderung hat (LEMP 1970).

So ergibt sich auch bei unseren 5 Patienten, deren Krankenblatt Diagnosen in Tabelle 5.1. aufgeführt sind, eine bunte Palette psychischer und physischer Residualbeschwerden.

Tab. 5.1. Krankenblattdiagnosen

Diagnosen	Fälle
Contusio cerebri	4
Epidurales Hämatom	1
Summe	5

Wir konnten feststellen, daß nach anfangs rascher Restitution der psychischen Fähigkeiten und des Leistungsvermögens - soweit es nicht zur restitutio ad integrum kam (siehe Tabelle 5.2.) - sich allmählich ein bleibendes post-traumatisches Defektsyndrom herausbildete. Dies stimmt auch mit den Feststellungen von LANGE - COSACK (1967) überein, wonach etwa 1 1/2 bis 2 Jahre nach dem Trauma der definitive Zustand erreicht ist und danach eine wesentliche Änderung und Besserung des psychischen Zustandsbildes nicht mehr zu erwarten ist.

Tab. 5.2. Häufigkeit körperlicher und seelischer Residuen unserer nachuntersuchten Patienten

Krankenblatt- diagnose	Fälle	körper- liche Re- sidualbe- schwerden	leichtes Durchgangs- Syndrom (WIECK 1967)	organisches Defektsyndrom (WIECK 1967)
Contusio cerebri	4	2	2	1
Epidurales Hämatom	1	1	1	-
Summe	5			

Von mehr internistisch ausgerichteter Seite her spielten Kopfschmerzen, Gleichgewichts- und Schlafstörungen die Hauptrolle. Von psychiatrischer Seite her wurde der vegetative

Komplex durch psychische, vor allem abnorme affektive Reaktionsbereitschaften ergänzt. Belastungsabhängige Konzentrationsschwierigkeiten, Schwankungen der Stimmungen mit Neigung zu mißmutig gereizter Reaktion fanden wir ebenso wie Schwankungen des Antriebs, der Zuwendung, der affektiven Steuerung, der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, wobei zu letzterem noch zu bemerken ist, daß weniger das Altgedächtnis darunter litt, als vielmehr das Frischerlebte von der Vergeßlichkeit betroffen war. Weiterhin fanden sich depressive Versagenszustände in Verbindung mit Angstgefühlen und hypochondrischen Vorstellungen. Die persönliche Eigenart blieb jedoch neben den genannten Schwankungen der adäquaten Reaktionsfähigkeit bei unseren nachuntersuchten Patienten bis auf einen gewahrt. Diese sehr uncharakteristischen Symptome entsprechen dem Syndrom der Funktionspsychose (WIECK 1967) resp. dem leichten Durchgangssyndrom (WIECK 1967) in unseren Fällen, das sich zur Kennzeichnung wenig charakteristischer reversibler Einschränkungen der Leistungsbreite durchgesetzt hat und hauptsächlich die psychischen Allgemeinstörungen beschreibt. Bei einem unserer Patienten fanden wir eine echte organische Wesensänderung: N.M., der nach einem Verkehrsunfall eine schwere Gehirnkontusion erlitten hatte, zeigte 3 Jahre später, dem Nachuntersuchungszeitpunkt, neben einem leichten Antriebsmangel, eine Interesse- und Teilnahmslosigkeit, Wortkargheit und Einfallsarmut. Auffallend war, daß N.M. den eigenen Defekt nur unvollständig wahrnahm, so etwa nur die Tatsache, daß er seitdem nicht mehr richtig lesen konnte. Er brachte ansonsten keine subjektiven Beschwerden hervor, sondern hielt sich vielmehr für gesund. Die zu Hause auftretenden Schwierigkeiten im Zusammenleben mit seinen Eltern und Geschwistern führte er nicht auf eigene, sondern auf Mißverständnisse und Mängel seiner Angehörigen zurück. Auffällig war während der Exploration auch die Neigung zu verletzenden und aggressiven Äußerungen, eine gewisse

Distanzlosigkeit und eine Neigung, im Gespräch rasch vom Thema abzuspringen. Manchmal schien er Anstalten zu machen, den Untersucher attackieren zu wollen. Diese psychische Abartigkeit zeichnete sich trotz leichtem Antriebsmangel durch eine gewisse Enthemmung und Bedenkenlosigkeit aus. Zudem waren noch erhebliche Gedächtnis-, Merkfähigkeits- und Denkstörungen vorhanden, die sich seit dem akuten Stadium nicht mehr zurückgebildet hatten.

Schwierig ist es, die konflikthaften Störungen, die wir bei unserem Patienten eruieren konnten, als Ausdruck einer eventuellen organischen Wesensänderung zu werten, zumal sie eben auch als lebensgeschichtlich gewachsene oder phasenspezifische - bedingt durch die Pubertät und Adoleszenz - Fehlverfassungen der geistig-seelischen Struktur entstanden sein können.

Hinsichtlich dieser Störungen schien es sich bei unserem Patienten neben den chronischen psychischen Veränderungen um einen von der Art der Schädigung ziemlich unabhängigen psychischen Einfluß zu handeln, nämlich die psychische Reaktion der Jugendlichen auf ein durch die vorausgegangene Erkrankung und ihrer Folgezustände verändertes Umwelterleben und auch um die veränderte Reaktion der Umwelt auf die veränderte Psyche der Jugendlichen, also die psychische Reaktion der Umwelt auf die posttraumatischen Veränderungen. Wir beobachteten diese bei unseren Patienten mit leichten und mittelschweren Residuen, die bei erhaltener Eigenart der Persönlichkeit noch genügend psychische Reaktionsfähigkeit aufwiesen und somit dem Patienten erlaubten, die veränderte oder inadäquate Reaktion der Umwelt auf sein eigenes verändertes Wesen noch empfindlich zu registrieren. So erklären sich etwa die Minderwertigkeitsgefühle von F.B. wegen seiner Trommelschlegelfinger, deren Genese in einem unfallbedingten Lungenleiden bei chronischer Hypoxie liegt. In unserem schweren Fall N.M. dagegen waren konflikthafte Störungen nicht feststellbar,

was zum Teil vielleicht daran liegen mag, daß N.M. das Verhalten der Umwelt nicht so empfindlich zu registrieren scheint wie unsere leichteren Fälle, sondern mehr grob und undifferenziert.

Die posttraumatische Symptomatik unserer Patienten ist in Tabelle 5.3. zusammengefaßt.

Tab. 5.3. Posttraumatische Symptomatik bei 5 Hirnschädigungen durch äußere Gewalteinwirkung

	Häufigkeit
1. Körperliche Residualbeschwerden	
a) organische Beschwerden	2
b) Kopfschmerzen	3
c) Gleichgewichtsstörungen	1
d) Schlafstörungen	2
2. Allgemeine Vitalstörungen und affektive Anomalien	
a) Angstgefühle	2
b) "Depressionen"	2
c) Gereiztheit	2
d) Antriebslosigkeit	1
e) aggressives Verhalten	1
f) Schreckhaftigkeit	1
g) abgeflachte Gefühlslage	1
3. Konflikthafte Störungen	
a) Minderwertigkeitsgefühle	3
b) Kontaktstörungen	1
c) Introvertiertheit	1
4. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	
a) Konzentrationsschwierigkeiten	2
b) Vergeßlichkeit	2
c) verwirrter Gedankengang	1
d) Denkstörungen	1

Im übrigen konnten wir, worauf auch Untersuchungen von LANGE-COSACK (1967) und von LAUX (1967) hinweisen, keine direkte Beziehung zwischen der Schwere der Initialsyn-

drome unmittelbar nach dem Unfall und den darauffolgenden Syndromen finden. So sahen wir in einem Fall einen schweren Unfall mit langanhaltender Bewußtlosigkeit bis zu 4 Wochen praktisch vollständig abheilen, in einem anderen Fall, daß ein leichterer Unfall relativ schwere posttraumatische Symptome nach sich zog.

Hinsichtlich der sozialen Integration stellten wir fest, daß das Schicksal im wesentlichen von der Schwere der posttraumatischen Residualsyndrome abhing. So zeigte sich, daß 3 unserer 5 Patienten in den alten Beruf wieder eingegliedert werden konnten bzw. durch Umschulung einen anderen ausübten, einer arbeitslos war und N.M. mit Persönlichkeitsdefekten infolge der Gehirnkontusion erwerbsunfähig war. Irgendwelche Einordnungsschwierigkeiten in der Öffentlichkeit bzw. in der Wohngemeinschaft oder dissoziale Verhaltensweisen konnten wir außer bei N.M. in keinem einzigen Fall beobachten. Die derzeitige berufliche Stellung ist in der Tabelle 5.4. aufgeführt.

Tab. 5.4. Berufliche Stellung unserer 5 Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Berufliche Stellung	Fälle
Wiedereingliederung in den vorher ausgeübten Beruf	2
Umschulung	1
arbeitslos	1
erwerbsunfähig	1
Summe	5

Insgesamt sahen wir also, daß leichtere Formen posttraumatischer Residuen sozial nicht auffällig waren. Es fand sich lediglich ein gewisser Leistungsknick, eine geringfügige

Antriebsverminderung und eine affektive Labilität, die jedoch in der sozialen Anpassung allgemein wenig zu stören braucht. Bei N.M. standen die Antriebsstörung, seine aggressiven Affekte und die Distanzlosigkeit im Vordergrund, wobei er in seinem Umgang mit anderen Menschen taktlos und aufdringlich wirkte. Die schweren Einfügungsschwierigkeiten in den alten Beruf als Stukkateur lassen - abgesehen von der körperlichen Erwerbsfähigkeitsminderung - eine Einordnung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ohnehin unmöglich werden.

Die Prognose von Schädel-Hirn-Traumen ist einerseits abhängig vom Schweregrad und der Art der Verletzung, andererseits vom Lebensalter der Patienten. Daß Kinder und Jugendliche auch schwerere Schädel-Hirn-Traumen erstaunlich gut überstehen, konnten auch wir mit unserer Untersuchung bestätigen, wonach von den 5 Patienten immerhin 2 trotz schwerster Gehirnkontusion mit anschließender Bewußtlosigkeit bis zu 4 Wochen voll remittierten, 2 Patienten uncharakteristische psychische Allgemeinstörungen davontrugen und einer persönlichkeitsverändernde Defekte aufwies (siehe Tabelle 5.2.). Da jedoch bei den beiden Patienten mit posttraumatischen Residualbeschwerden die soziale Integration einigermaßen gelungen ist, wenn auch mit Umständen wie z.B. Umschulung, darf dennoch die Prognose bei 4 unserer Patienten als günstig gewertet werden, wohingegen unser Patient mit persönlichkeitsverändernden Defekten dauernd pflegebedürftig bleiben wird.

Insgesamt kann man wohl sagen, daß, wenn seit der traumatischen Einwirkung zwei bis drei Jahre vergangen sind, meist mit einer wesentlichen Änderung und damit mit einer Besserung nicht mehr zu rechnen ist. Da es auch bei schweren, unmittelbaren Unfallfolgen zunächst zu einer die Angehörigen überraschenden Besserung und Rückbildung der psychischen Symptomatik kommt, sehen die Angehörigen selbst die

Prognose nach Überwindung des ersten Schocks bald recht positiv und sind dann später enttäuscht, wenn die Rückbildung der krankhaften Residuen einschließlich Leistungs- und Antriebsschwäche immer langsamer vonstatten geht, und schließlich ein Fortschritt nicht mehr zu beobachten ist. Da jedoch beim Jugendlichen die normalerweise weitergehende psychische Entwicklung und weitere Differenzierung bei der Beurteilung der Prognose mit zu berücksichtigen sind, tritt das wirkliche Ausmaß der posttraumatischen Veränderungen oft erst nach mehreren Jahren immer deutlicher zutage, nämlich dann, wenn zwar ein gewisser Fortschritt und auch eine gewisse Besserung in der Folgezeit beobachtet werden können, diese aber mit der Reifung und Entwicklung der Altersgenossen nicht mehr Schritt halten.

6. Die Kranken mit frühkindlichen Hirnschäden.

In dieser Gruppe konnten wir 2 ehemalige Patienten persönlich nachuntersuchen.

J.D., dessen Imbezillität auf eine Encephalitis am Ende des 1. Lebensjahres zurückzuführen ist, zeigte bei der Nachuntersuchung auf psychopathologischem Gebiet typische Merkmale einer postencephalitischen Wesensänderung, wobei noch anzumerken ist, daß sein Entwicklungsstand insgesamt etwa dem eines 3-jährigen Kindes entsprach. Neben körperlichen Auffälligkeiten wie abnormem Kleinwuchs und dysplastischem Körperbau sahen wir ein erstarrtes psychisches Bild und zwar sowohl hinsichtlich der Anpassungsfähigkeit und psychischen Wendigkeit, als vor allem auch der Affektivität. J.D. wirkte in seinem Wesen von vornherein verarmt, weniger abgebaut, als vielmehr nie ausgebildet, jedenralls deutlich defektuös. Seine Stimmung war nicht beeinflussbar, wobei er eine Grund-

stimmung zur Euphorie hin verschoben zeigte. Dabei kam es des öfteren zu raptusartigen Freudensausbrüchen, die sich in heftigsten Umarmungen äußerten. Weiterhin zeigte sich eine motorische Unruhe und eine ungesteuerte Dranghaftigkeit, alle erreichbaren Gegenstände anzufassen und damit zu spielen. Unter den Triebstörungen fanden wir eine ungemindert auftretende sexuelle Triebhaftigkeit, die sich in einer exzessiven Onanie äußerte, die bemerkenswerterweise ohne Schamgefühl und mit geringem Empfinden für das Unschickliche des Tuns auch öffentlich ablief. Hinsichtlich des Antriebs hatten wir es mit einem erethischen Jugendlichen mit gesteigertem Antrieb und erstaunlich hoher Durchhaltefähigkeit zu tun. Auch stereotype Verhaltensweisen wie Schaukeln mit dem Stuhl waren zu beobachten. In seiner Kontaktfähigkeit war J.D. sehr stark beeinträchtigt, ohne aber irgendwie darunter zu leiden, da ein Bedürfnis zu einem psychisch tragfähigen Kontakt offenbar nicht zu bestehen schien. Die sich aus diesem Zustandsbild ergebenden Anpassungsstörungen, die sich zum Teil bis zur sozialen Untragbarkeit steigerten, bedingen den nun schon 11-jährigen Aufenthalt in einer Pflegeanstalt, in der er nach dem Abschluß einer Sonderschule in einer beschützenden Werkstatt arbeiten will.

Unser 2. nachuntersuchter Patient kam ein Jahr zuvor wegen eines Exhibitionismus bei frühkindlich erworbenem Hirnschaden in die Klinik. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt zeigten sich neben einem oligophrenen Zustandsbild mit ungenügendem denkerischen Gestalten, Hängenbleiben am Sinnlichen, Unübersehbarkeit eines größeren Ideenkomplexes, Nichtklarwerden eines logischen Zusammenhanges, ungenügender Urteils- und Einsichtsfähigkeit, abgestumpfter Empfindung, verlangsamter Wahrnehmung, Undifferenziertheit der Gefühle und ungenügender motorischer Koordination bis hin zum Stottern ein hinsichtlich der sexuellen Triebdeviation mit

Cyproteronacetat (Androcur^R) medikamentös erfolgreich behandelter Patient. Wegen der dadurch gehemmten Libido und der unterdrückten sexuellen Reaktionen war es seitdem nicht wieder zu sexuellen Perversionen gekommen, jedoch erforderten das z.T. hilflose Verhalten und die durch immer wieder auftretende aggressiven Verhaltensstörungen bedingte Unfähigkeit zur Einordnung die Zuziehung der "Lebenshilfe für geistig Behinderte". Dort besuchte er zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch die Sonderschule, danach wollte er dort in einer beschützenden Werkstatt arbeiten.

Von 3 weiteren ehemaligen Patienten konnten wir erfahren, daß einer mit Debilität bei Chromosomenanomalie XYY wegen aggressiver Verhaltensstörungen und Suicidabsichten schon einige Jahre in einem Nervenkrankenhaus interniert ist, ein weiterer mit frühkindlichem Hirnschaden wegen schweren Diebstahls in einer Jugendstrafanstalt untergebracht ist, und der dritte mit Debilität bei frühkindlicher Hirnschädigung inzwischen wegen Geistesschwäche entmündigt wurde, jedoch seiner Arbeit nachgehen kann und sozial unauffällig ist.

IV. Autochthone Asthenien

Die Untersuchung GLATZELS (1968, 1972), die sich mit den Verlaufsfiguren uncharakteristischer neurasthenischer Zustandsbilder befaßt, und sich bemüht, aus dem großen Haer der vegetativ-dystonen und asthenischen Syndrome diejenigen Kranken herauszusondern, denen eine bestimmte Verlaufstendenz zukommt, soll an Hand einiger Beispiele aus dem Krankengut der Universitäts-Nervenklinik Erlangen erörtert werden. Bei den 4 Fällen handelt es sich um junge Patienten, die in der Zeit von 1972 bis 1975 hier stationär behandelt wurden.

1. Fall: W.Z.

Die Ergebnisse wurden zum Teil aus dem Krankenblatt entnommen, zum Teil stammen sie aus der Nachuntersuchung, die 1 3/4 Jahre nach seinem letzten hiesigen Klinikaufenthalt stattfand.

In der Familie des 1954 geborenen W.Z. ist als psychische Auffälligkeit der Suicid der Mutter zu erwähnen. Der intelligente, als Kind völlig unauffällige Junge, besuchte nach der 6.Volksschulklasse die Realschule 3 Jahre lang mit gutem Erfolg. In dieser Zeit, er war inzwischen 16 Jahre alt, traten zum ersten Mal chronische Kopfschmerzen und Obstipationen auf. Die Kopfschmerzen führte er auf eine Haarwäsche zurück, in deren Anschluß er sich mit den nassen Haaren draußen im Freien bei kühlem Wetter aufhielt. Die Obstipationen haben ihn zunächst zu einem Internisten geführt, der jedoch keinen krankhaften Befund erheben konnte. Gleichzeitig ließen auch die Leistungen in der Schule nach. Geistige Versagenszustände, Lern-, Merkfähigkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, Selbstvorwürfe wegen der "aus eigenem Verschulden" induzierten Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen stellten sich ein. Wegen "Depressionen" befand er sich in den folgenden 3 Jahren insgesamt 6 mal in auswärtiger stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Realschule hatte er in der Zwischenzeit abgebrochen. Sein affektives Verhalten flachte immer mehr ab, eine resonanzlose, gedrückte Stimmung wurzelte sich ein, die Befürchtung, daß wegen seiner chronischen Kopfschmerzen

"etwas in seinem Kopf nicht stimmen könne" ("man solle ihn aufmachen und nachsehen") wurde immer unerträglicher. Gefühle der Aussichtslosigkeit seines Zustandes machten sich breit und ließen bei ihm ernsthafte Selbstmordabsichten aufkommen. In diesem psychischen Zustand des Aktivitätsverlustes, des Leistungsabfalles und der Mattigkeit und Unproduktivität erfolgte die stationäre Aufnahme in die hiesige Universitäts-Nervenklinik. Die vorläufige Diagnose lautete "Verdacht auf Hebephrenie". Zur Lösung der gehemmten Depression und seines apathischen Zustandes wurde eine Behandlung mit Desimipramin (Pertofran^R) durchgeführt, unter der sich sein Zustand dahingehend besserte, daß sein Interesse an einer Arbeit wieder geweckt wurde, daß er sich wieder unter Leute traute und eine leichte Antriebssteigerung zu bemerken war. Die Fixierung auf seine körperlichen Beschwerden blieb jedoch bei seiner Klinikentlassung, die unter dem "Verdacht auf Hebephrenie" erfolgte, bestehen. Zwei Wochen später erfolgte die 2. Aufnahme in die hiesige Universitäts-Nervenklinik wegen eines Selbstmordversuches, wobei er sich die Pulsadern zu öffnen versuchte. Inzwischen hatten sich die Kopfschmerzen dahingehend geändert, daß er sie jetzt als ein "Brennen im Kopf" empfand. Er glaubte, eine "chronische Entzündung im Kopf" zu haben. Hinzugetreten waren "Rheumaschmerzen", die "alle seine Glieder" befallen hätten. Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten bestanden weiterhin, ebenso die Selbstvorwürfe, die Krankheit eigens verschuldet zu haben und die Furcht, einen "krankhaften Prozeß im Kopf" zu haben. Große Angst um die beruflichen Aussichten hatten sich inzwischen noch hinzugesellt. Zum ersten Mal empfand er, sogar bei kleinsten Arbeiten auf dem elterlichen Bauernhof sehr rasch müde zu werden. Als die "körperlichen und seelischen Schmerzen" unerträglich geworden seien, habe er versucht, sich das Leben zu nehmen. Nach einem 14-tägigen Klinikaufenthalt, der das Zustandsbild unter Pertofranbehandlung wiederum in der Weise wie bei der 1. stationären Behandlung besserte, wurde er mit der Abschlußdiagnose "Asthenische Persönlichkeit" entlassen.

Der Untersucher bekam ihn 1 3/4 Jahre danach zu sehen. Auffallend war bereits sein äußerliches Erscheinungsbild. Die Haartracht und besonders der dichte Vollbart ließen sein Gesicht dem von Alexander Solschenizyn ähneln. Ein buntes, ausgewaschenes Halstuch, dessen beide Zipfel vorn weit über das Hemd herunterhingen, seine schmutzigen Fingernägel, eine Zahnlücke im vorderen, oberen Teil des Gebisses erweckten den Eindruck des Ungepflegten, Phlegmatischen und der Unselbständigkeit. Sein Gang war schleppend nach vorne gebückt, der Blick andauernd zu Boden gerichtet. Sein Gesichtsausdruck war verschlossen, undurchdringlich, teilnahmslos ohne jede Regung. Sein Auftreten wirkte spontan, ziellos, verschoben. Seine emotionale Zuwendungsfähigkeit und Resonanz schienen dem Untersucher schwer eingeschränkt.

Teilnahmslos saß er auf dem Stuhl. Kein Blick entwich ihm zur Seite. Sprach man ihn an, so gab er zunächst nur kurze, lakonische Antworten. Nach etwa 15 Minuten jedoch schien er etwas "aufzuweichen" und aus sich herauszugehen. Hin und wieder entschwand ihm ein kurzes verschämtes Lächeln, sein abgestumpftes und apathisches Verhalten taute ein wenig auf, jedoch war unverkennbar, daß dieses distanzierte Verhalten Herzlichkeit nur sehr schwer aufkommen läßt. Die chronischen heftigen "Kopf- und Rheumaschmerzen", so ließ sich explorieren, hätten einen intermittierenden Verlauf angenommen. Die Intensität der Schmerzen sei erheblich zurückgegangen, jedoch stellten sie für ihn immer noch eine große körperliche Belästigung dar. Andere neue körperliche Schmerzen seien nicht hinzugetreten. Die "Depressionen", unter denen er nun schon seit seinem 16. Lebensjahr zu leiden habe, seien immer noch vorhanden. Sie würden, wenn sie auftreten, mindestens 2 Tage, manchmal eine ganze Woche oder noch länger dauern. Dabei zeige das Auftreten keine Regelmäßigkeit. Während dieser "depressiven Zustände" seien auch die Kopfschmerzen wieder besonders stark, seine "Stimmung stark gedrückt", berufliche Existenzängste quälten ihn dann besonders heftig. Die Mattigkeit, Lustlosigkeit, Energielosigkeit und Antriebslosigkeit gewannen dabei solche Intensität, daß er sich bereits nachmittags ins Bett legen müsse und bis zum nächsten Vormittag durchschlafe. Kurzum, alle Beeinträchtigungen, körperliche und seelische, die ihn auch schon früher belästigten, würden während dieser Phase wieder kräftig angeheizt. Weiterhin klagte er über eine permanent verminderte Leistungsfähigkeit, über Unfähigkeit zur Konzentration und schlechtes Gedächtnis. Aus diesen Gründen habe er schon vor 5 Jahren die Realschule abbrechen müssen und nun auch zwei im letzten Jahr begonnene Lehren als Maschinenschlosser bzw. Elektriker. Nun arbeite er Zuhause in der elterlichen Landwirtschaft mit. Jedoch merke er, daß er schon bei den kleinsten körperlich nicht fordernden Arbeiten sehr leicht müde werde. Er könne oft tagelang nicht arbeiten. Aus eigenem Antrieb könne er sich schwer zu einer Arbeit aufraffen. Kontakt zur Außenwelt habe er praktisch überhaupt keinen. Es erscheine ihm alles so fremd und fern, die Beziehungen kalt und leblos. Er betrachte sich selbst als Einzelgänger. Er könne sich auch nicht mehr so richtig freuen, wie er es früher einmal gekonnt habe. Vor einem halben Jahr sei er, nachdem er in der Erlanger Mensa aus einem auch für ihn unerklärlichen Grunde einen vollen Bierkasten zu Boden geworfen hatte und dabei gerufen hatte: "Ich könnte aus dem Fenster springen!", 3 Monate lang in einem Bezirkskrankenhaus untergebracht gewesen.

An dieser Handlung wird das bei asthenischen Persönlichkeiten im Vordergrund stehende konflikthafte Verhältnis zur

Umwelt deutlich, die dabei kein klares Objekt angeben können, dem die Aggressionen und Vorwürfe gelten. Diese sthenisch anmutende Reaktion wirkt gleichsam als raptusartiger Ausbruch ihrer Befangenheit. Die Antwort auf Konfliktsituationen wird je nach der vorgegebenen Charakterstruktur verschieden ausfallen. Die Reaktion kann dabei sowohl mit den habituellen Intentionen der Persönlichkeitsstruktur zusammenfallen, als auch - im kompensatorischen Vorgang - dort sthenisch ausfallen, wo charakterlich eine asthenische zu erwarten wäre und umgekehrt (N.PETRILOWITSCH 1966). Ein weiteres Beispiel hierzu lieferte er in seiner Reaktion auf den Einberufungsbefehl zur Bundeswehr. Ohne irgendeinen Grund angeben zu können, kam er der Aufforderung nicht nach.

Betrachtet man die vorliegende Krankheitsgeschichte, so haben wir es mit einem psychopathologischen Syndrom zu tun, das, zu verschiedenen Zeiten im Querschnitt betrachtet, zu unterschiedlichen Diagnosen einer geistig-seelischen Störung Anlaß geben kann. So wurde auch nach der ersten stationären Behandlung der Verdacht auf eine endogene Psychose geäußert, nach der zweiten stationären Behandlung wurde jedoch deutlich, daß es sich um eine Störung handelt, die in das große Heer der vegetativ-dystonen und asthenischen Syndrome fällt. Erfast man nun aber den gesamten 6-jährigen Verlauf im Längsschnitt vom Beginn im 16.Lebensjahr an bis hin zum 22.Lebensjahr, den Zeitpunkt der Nachuntersuchung, so werden bestimmte Verlaufstendenzen von Versagenszuständen deutlich, die GLATZEL und HUBER 1968 in einer Untersuchung dazu veranlaßten, aus der mehr uncharakteristischen Masse der vegetativ-dystonen und asthenischen Syndrome bestimmte Verlaufstypen jugendlicher Versagenssyndrome auszusondern, die GLATZEL 1972 als autochthone Asthenie bezeichnete.

Trotz der engen Verflochtenheit psychischer und physischer Faktoren lassen sich die Verlaufsstrecken der autochthonen Asthenie herauskristallisieren, die in der 1. Phase durch eine körperliche Symptomatik, in der 2. Phase durch vitale Störungen, in der 3. Phase durch Wahrnehmungsstörungen und in der 4. Phase durch Denkstörungen charakterisiert sind.

Der akute Beginn läßt auch in diesem Fall an eine vorgegebene Insuffizienz mit den Aspekten der autochthonen Asthenie denken, die sich nach dem Typ der sukzessiven Aufdeckungsgenese im Laufe einiger Jahre manifestierte. Wie GLATZEL für die autochthone Asthenie postuliert, so findet sich auch im vorliegenden Fall zu Beginn des Verlaufes die Phase der körperlichen Symptomatik, die auch im weiteren Krankheitsverlauf in ausgeprägter Form persistiert. Sie ist zunächst von dem einen Symptom der "heftigen Kopfschmerzen" geprägt, erfährt jedoch während des Krankheitsverlaufes einen Übergang in eine mannigfaltige Symptomatik wie "Brennen im Kopf", Obstipation, Völlegefühl, Gliederschmerzen am ganzen Körper. Die Symptomatik gliedert sich somit auf und man kann, im Sinne von GLATZEL, von der Phase der gegliederten Leibgefühlsstörungen sprechen. Die sich bereits während der 1. Phase einstellenden Erschöpfungszustände und die beginnenden "depressiven Verstimmungen" lenken sehr schnell den Verdacht auf eine vorliegende seelische Störung. Die Verbindung der körperlichen Symptomatik, einschließlich der uncharakteristischen körperlichen Erschöpfung, mit der depressiven Symptomatik bedeutet die Einleitung der 2. Phase, der Phase der vitalen Störung.

Zu diesem Zeitpunkt ist es sehr schwer, unter der Phänomenologie dieser Symptomatik eine eindeutige nosologische Zuordnung zu treffen. So geschah es auch, daß unser Patient, der zu diesem Zeitpunkt gleichzeitig in ambulanter Behandlung stand, unter der Diagnose "Depression" mit Verdacht

auf eine zylothyme Depression 6 mal in eine auswärtige psychiatrische Abteilung eingewiesen wurde. In jener 2.Phase dominieren hauptsächlich affektive Erscheinungen. Das affektive Verhalten flacht ab, die affektive Schwingungsfähigkeit wird erheblich eingeschränkt, die Gemütslage wirkt versandet. Mit einer gedrückten Stimmung geht eine resonanzlos anmutende Traurigkeit einher, die den Kranken unbeteiligt werden läßt. Die Symptome der Erschöpfung, des körperlichen und geistigen Versagens und des Leistungsabfalles manifestieren sich. Das sind Symptome, die jeder kennt und mit denen er dann und wann "fertig zu werden" hat. Der Astheniker jedoch hebt sich vom normalen Durchschnitt durch die Permanenz des "einfach nicht mehr fertig werden" und des "einfach nicht mehr können" ab, mit der er im Krankheitsverlauf heimgesucht wird. Er wirkt als vitalschwacher Mensch ex definitione, sein Leistungsvermögen ist dauernden Belastungen unterworfen und von jähem Abfall geprägt. Daneben wird über Konzentrations-, Lern- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten geklagt, die jedoch ausgeprägter eine spätere Verlaufsphase bestimmen. Während des 2.Abschnittes sind die Elemente des 1.Verlaufsabschnittes unverändert nachweisbar.

Die 3.Phase der Wahrnehmungsveränderungen wird bei unserem Patienten deutlich im Erleben seiner Kopfschmerzen. Die unverändert anhaltenden Kopfschmerzen erfahren von einem zunächst naiven Empfinden der Schmerzen eine Änderung hinsichtlich der Intensität. Der Patient bringt sie in seiner Beschreibung als "Brennen im Kopf" und "chronische Entzündung" zum Ausdruck. Eine Überempfindlichkeit wird deutlich. Diese geht in erster Linie auf eine dauernde Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung zurück, wie sie asthenischen Persönlichkeiten eigen ist (K.SCHNEIDER 1970). Das zunächst harmlose Kopfweh, das er auf eine Haarwäsche zurückführt, in deren Anschluß er sich bei kalter Witterung im Freien aufhielt, wird zum körperlichen Versagen. Es wird sodann um-

sorgt und beobachtet, so daß es nicht wieder verschwindet, ja sogar eine derartige Steigerung erfährt, daß daraus schwerste Selbstvorwürfe, dieses Versagen verschuldet zu haben, entstehen und in dem Patienten das Gefühl der schweren Bedrohung der Gesundheit und der Auswegslosigkeit aufkommen lassen, das ihn zum Selbstmordversuch treibt. Es findet somit eine Intensitätsabwandlung und eine Konversion der vorgegebenen Kopfschmerzen statt. Aus dem naiven Wahrnehmungsfeld, das, um als echt erlebt zu werden, eines gewissen Halbdunkels (K.SCHNEIDER 1970) bedarf, werden Unterteile ausgegliedert, die mit einer Intensitätssteigerung erlebt, umsorgt und beobachtet werden ("man solle ihm den Kopf eröffnen und nachschauen") und die somit nicht den in der normalen Wahrnehmung als "natürliche Teile" phänomenal hervortretenden Gliedern entsprechen. Diese Erscheinungen gehören in den Rahmen der Entfremdungserlebnisse. Die mit diesem Erscheinungsbild verbundene Symptomatik berechtigt zunächst den Verdacht auf eine beginnende endogene Psychose, wie es während seiner 1.stationären Behandlung der Fall war. Jedoch muß auch an dieser Stelle auf die mit Entfremdungserlebnissen verbundene Problematik hingewiesen werden, auf deren Vorkommen auch außerhalb einer endogenen Psychose besonders eindringlich J.E.MEYER (1972) hinweist, wenn er berichtet, "daß durch die physiologischen Veränderungen in der Adoleszenz eine vermehrte Beobachtung der eigenen Körperlichkeit und der Vergleich mit anderen dazu führen kann, daß vorhandene oder vermeintliche Mängel überbewertet werden und zu schweren neurotischen Fehlentwicklungen oder gar zu kriminellen Delikten führen können. Sie disponiert auch zum Auftreten von Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen, die gerade in der Adoleszenz einen Häufigkeitsgipfel erreichen und von schizophrenen Psychosen abzugrenzen sind".

Die Konzentrations-, Lern- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten, die sich während des gesamten Verlaufes hinziehen, in jedem

Abschnitt sich nachweisen lassen, und unter denen der Patient auch jetzt noch erheblich zu leiden hat, stellen sehr gewichtige Symptome dar. Sie traten zum ersten Mal am Übergang der 1.Phase zur 2.Phase auf und wurden zu diesem Zeitpunkt erstmals spontan geklagt. Sie kulminierten jedoch subjektiv und objektiv im 4.Verlaufsabschnitt in den Symptomen der Denkstörung, Einfallslosigkeit und Vergeßlichkeit. So bedingten auch bei unserem Patienten gerade diese Denkstörungen den Abbruch der Realschule, die er zuvor mit gutem Erfolg besuchte; weiterhin mußte er 2 im letzten halben Jahr begonnene Lehren erfolglos abbrechen. Dabei darf man diesem Kranken keineswegs den Leistungswillen abstreiten. Dieser kam schon dadurch zum Ausdruck, daß sich bei dem Kranken immer wieder berufliche Sorgen breit machten, er über die beruflichen Aussichten nachgrübelte und immer wieder zum Ausdruck brachte, daß die Krankheit "wieder verschwinden würde" und "alles ganz anders" wäre, wenn er wieder arbeiten könnte. Allen Müdigkeiten und adynamischen Krisen zum Trotz begonnene 2 Lehren sprechen zudem noch eigens dafür. Vielmehr stand dem Willen zur Arbeit die Unfähigkeit zu einer Leistung, die durch die Vergeßlichkeit, Denkleere und Einfallslosigkeit bedingt war, gegenüber. Dieses Erlebnis, das im Krankheitsverlauf die zentrale Stellung einzunehmen scheint, wird von dem Kranken als tiefreichende Störung erlebt. Gerade durch die Denksterilität und Einfallslosigkeit, die den Kranken nicht mehr die Mehrdeutigkeit eines Sachverhaltes registrieren läßt, wird das Antriebsdefizit auch im körperlichen Bereich, das sich besonders in der 2.Phase der Vitalstörung im Aktivitätsverlust, der Energielosigkeit und Mattigkeit ausdrückt, noch mehr verstärkt und bleibt somit auch während des ganzen Krankheitsverlaufes nachweisbar. Man hat es mit einem "Circulus vitiosus" zu tun. Die Untersuchung bei W.Z. zeigte, daß sich alle 4 Verlaufsstrecken der autochthonen Asthenie im Laufe der letzten

6 Jahre manifestiert haben. Weiterhin zeigte sich, daß die einzelnen Elemente aus den verschiedenen Phasen zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich ausgeprägt sein können. So konnten beispielsweise die körperlichen Symptome und die Wahrnehmungsstörungen zum Untersuchungszeitpunkt nicht nachgewiesen werden, jedoch waren sowohl die Symptome der 2.Phase wie rasche Ermüdbarkeit, Antriebsverminderung, Mattigkeit und die affektiven Anomalien, die schon im äußerlichen Erscheinungsbild deutlich zu erkennen waren, als auch die Symptome der 4.Phase wie Denkleere, Merkfähigkeitsstörungen und Einfallslosigkeit sehr deutlich ausgeprägt. Das zu Krankheitsbeginn anmutende neurasthenische Zustandsbild hatte sich nicht zurückgebildet, sondern bestand 6 Jahre später weiterhin fort, ohne in eine endogene Psychose etwa vom Typ einer Hebephrenie eingemündet zu sein. Differentialdiagnostisch haben die Hebephrenie und die autochthone Asthenie zwar den frühen Erkrankungsbeginn und die längere Vorgeschichte, die in der Regel bis zur Aufnahme in die Klinik verstreicht, gemeinsam, jedoch fehlt in unserer langzeitigen Fallbeobachtung das deutlich "schizophren" Anmutende, wie Stimmen hören, Wahnwahrnehmungen, Gedankenbeeinflussungen oder charakteristische Störungen der Affektivität und Ausdrucksanomalien. Entscheidend ist weiterhin die Tatsache, daß unser Patient die Krankheitssymptome als beeinträchtigend lediglich erlebt, ohne daß sich die Störungen in einer dem Gesprächspartner auffallenden Formalstörung (GLATZEL 1969) manifestieren. Der seit seinem 15.Lebensjahr dauernde chronische Krankheitsverlauf hatte die Persönlichkeit W.Z.'s, deren Struktur schon vor dem Krankheitsausbruch labil und asthenisch und durch verschiedene Insuffizienz Aspekte vorbelastet gewesen zu sein schien, nach seinem Bild geprägt und ließ ihn nun als abgestumpfte, apathische, antriebslose, versandete, müde Person, kurzum als eine auf den ersten Blick unverkennbar abnorme Persönlichkeit erscheinen,

die besonders unter den Symptomen der Denkleere und der Einfallsllosigkeit mit starkem "Reboundeffekt" auf die gesamte vitale Dynamik leidet. Insgesamt betrachtet haben wir es mit einem Geschehen zu tun, das nach der Entwicklung des Syndroms einer autochthonen Asthenie (GLATZEL 1972) bisher stationär blieb.

2.Fall: R.K.

Auch in diesem Fall sind die Ergebnisse zum Teil aus dem Krankenblatt entnommen und durch die Nachuntersuchung, die 1 1/4 Jahre nach der Klinikentlassung stattfand, wesentlich ergänzt worden.

Der 1956 geborene R.K., der bezüglich seiner seelischen Störung keine hereditäre Belastung aufweist, war als Kind "völlig normal und unauffällig". Die Volksschule absolvierte er mit durchschnittlichen Leistungen. Danach begann er 1971 eine KFZ-Mechanikerlehre. In seinem 2.Lehrjahr begann er zum erstenmal psychisch auffällig zu werden. Der bis dahin leistungsfähige junge Mann begann über Kopfschmerzen und Schwindelgefühle zu klagen. Sehr bald hätten sich Konzentrations- und Lernschwierigkeiten in der Berufsschule und auch während der Arbeit hinzugesellt. Einen Monat vor seiner Klinikaufnahme sei er dann zunehmend vergeßlich geworden. Etwa um dieselbe Zeit ließen die Leistungen in der Arbeit und der Berufsschule erheblich nach. Er schien sein ganzes Interesse für Schule und Arbeit verloren zu haben. So berichtete er auch, daß er, wenn ihn der Lehrer in der Schule aufgerufen habe, nicht antworten habe können, da er "nicht bei Sache" gewesen sei, sondern gleichsam "wie erstarrt dagesessen" sei und "vor sich hingeblickt" habe. Dies sei des öfteren vorgekommen und nicht nur ein Einzelfall. Weiterhin fiel ihm auf, daß ihm das Denken schwerfiel. Dem Unterricht in der Berufsschule konnte er nur noch mühsam folgen. Wenn er seinen Lernstoff oder irgendein anderes Buch las, so wußte er 5 Minuten später nicht mehr, was er zuvor gelesen hatte. Befürchtungen, krank zu sein, kamen in ihm auf. Hinzu traten eine ängstliche Besorgnis um sein berufliches Weiterkommen und eine gereizte Spannung. Immer häufiger verfiel er in tiefe Traurigkeit wegen seiner sinkenden Leistungen und der Lernschwierig-

keiten. Diese Traurigkeit verstärkte sich immer mehr, so daß sie ihn zu einem Selbstmordversuch mit Schlaftabletten veranlaßte. Bei seiner Klinikaufnahme wirkte R.K. zunächst lahm und erheblich verlangsamt. Schwung-, Lust-, Antriebs- und Energielosigkeit und Mattigkeit beherrschten das psychische Zustandsbild. Die Stimmung war depressiv getönt, so daß vorläufig auch an eine endogene Depression gedacht wurde. Zur Durchbrechung der depressiven Stimmung und Herbeiführung einer Antriebssteigerung und Stimmungsaufhellung_R erfolgte eine Behandlung mit Desimipramin (Pertofran[®]), unter der die Antriebs- und Interesselosigkeit erheblich gebessert wurden, so daß er nach 10-wöchiger Behandlungsdauer bei der Entlassung wesentlich aktiviert erschien. Die Entlassungsdiagnose lautete "Asthenische Persönlichkeit".

Der Untersucher sah R.K. 1 1/4 Jahre später bei der Nachuntersuchung. R.K. befand sich in gutem allgemein-körperlichen Zustand, ebenso war sein äußeres Erscheinungsbild völlig unauffällig. Auf psychischem Gebiet zeigte sich eine der Situation angepaßte Affektivität mit guter Resonanzfähigkeit und eine antriebsame Psychomotorik. Inzwischen, so berichtete er, habe er seine Gesellenprüfung erfolgreich abgeschlossen, sei jedoch dann aufgrund der schlechten Konjunkturlage ausgestellt worden. Nach der zwischenzeitlichen Überbrückung als Hilfsarbeiter auf dem Bau habe er vor kurzem eine neue Arbeitsstelle bei einer Großfirma angetreten. Er habe immer wieder unter Schwindelgefühlen zu leiden, die auch ab und zu mit Kopfschmerzen verbunden seien. Die Intensität wie zu Beginn der Erkrankung erreichten diese Beschwerden jedoch nicht mehr. Die Konzentrationsfähigkeit habe sich in der Zwischenzeit wieder normalisiert, ebenso seine Merkfähigkeit. Ebenso habe sein Antrieb und sein Interesse eine wesentliche Steigerung erfahren, so daß er ohne Schwierigkeiten seiner geregelten Arbeit nachgehen könne und sich auch mit Freude seinen Hobbies widmen könne. Die traurigen Verstimmungen, die lange in zentraler Position sein krankes Zustandsbild beherrschten und sich über mehrere Tage gezogen hatten, seien nach seiner Klinikentlassung immer kürzer geworden, hätten nur mehr wenige Minuten gedauert und seien schließlich ganz verschwunden. Er selbst sehe im Nachhinein den gesamten Krankheitsprozeß, den er durchschritten hatte, als "Folge des Leistungsdruckes in der Arbeit und in der Schule", bzw. als "Ausbruchversuch aus dem ganzen Streß".

Im Vergleich zum Fall W.Z. zeigt der nun vorliegende Fall zwei interessante Aspekte hinsichtlich der Längsschnittbeurteilung. So fällt zunächst eine weitgehende Übereinstimmung beider Fälle vom Krankheitsbeginn bis zur stationären Behandlung auf, dann entsteht jedoch ein grundverschiedener

weiterer Verlauf, wobei im ersten Fall die Krankheit sich chronisch mit Progredienz darstellt, im zweiten Fall jedoch eine gute Remissionsbereitschaft zu bestehen scheint. Der uncharakteristische Krankheitsbeginn mit körperlichen Schmerzen, die sich hinzugesellende Vitalstörung und hauptsächlich die sich einstellenden Denkstörungen rechtfertigen zunächst den Verdacht auf eine juvenile autochthone Asthenie.

Der plötzliche Beginn legt auch hier die Annahme einer vorgegebenen Insuffizienz mit nachfolgender sukzessiver Aufdeckung der asthenischen Insuffizienzsyndrome nahe. Die Phase der Leibgefühlsstörung, die ihren Ausdruck in den Kopfschmerzen und den Schwindelgefühlen findet, leitet den Krankheitsbeginn ein. Ein allgemeines Nachlassen der körperlichen Spannkraft in der Arbeit und der Berufsschule, das noch während dieser Phase hinzutritt, rückt die vorliegende Symptomatik in die Nähe der uncharakteristischen Erschöpfungssyndrome. Zeitlich später und deutlich abgrenzbar wird auch im vorliegenden Fall zunächst über Lern- und Konzentrations-schwierigkeiten geklagt. Überlagert werden diese Erscheinungen jedoch hauptsächlich von flüchtig eingestreuten traurigen Verstimmungen, die im Krankheitsverlauf immer häufiger und länger auftreten und schließlich in einem Selbstmordversuch kulminierten. Spricht W.Z. im 1.Fall noch von "depressiven Verstimmungen", so charakterisiert hier R.K. diese 2.Phase mit der Beschreibung Traurigkeit in ganz entscheidender und richtiger Weise, wie sie GLATZEL für diese Phase fordert. Was nämlich die Stimmungslage angeht, so findet man eine etwas hölzerne und resonanzlos anmutende Traurigkeit. Der Kranke erscheint nicht eigentlich melancholisch, vielmehr schwingt ein nörglerisch, gereizter Unterton mit. Und diesen gereizten Unterton bringt auch R.K. wörtlich zum Ausdruck, wenn er berichtet, daß sich bei ihm eine "gereizte Spannung" entwickelt habe. Es entsteht der Eindruck, daß trotz der heftigen Affektäußerung die Ver-

stimmung nicht recht tief reichen kann. So wird auch der naheliegende Gedanke, es möge sich hier um eine leichte blande und symptomarm verlaufende Form der Zykllothymie handeln, bereits bei der Aufnahmediagnose "Ausschluß einer endogenen Depression" zurecht ausgelöscht. Zwar kennzeichnet der Kranke, wie auch W.Z., jene Einbrüche zunächst als "Depression", jedoch stellt sich bei genauerer Analyse heraus, daß es sich mehr um ein schon erwähntes eigenartiges Traurigsein handelt, oder diese traurigen Verstimmungen besser mit Begriffen, die das seelisch-körperliche Unvermögen beschreiben, charakterisiert sind, nämlich Leistungsabfall, Aktivitätsverlust, Energielosigkeit und Mattigkeit. Zu der leib-seelischen Ungestimmtheit tritt immer wieder die Angst und die Furcht in den Vordergrund. So auch im vorliegenden Fall, wenn R.K. von der Furcht um das berufliche Weiterkommen und weiterhin von der Furcht, krank zu sein, berichtet. Dieses Krankheitsgefühl läßt also erst richtig die Symptomatik dieser 2.Phase in Erscheinung treten.

Die Wahrnehmungsveränderungen und Entfremdungserlebnisse, die die folgende Phase kennzeichnen sollten, waren bei R.K. nicht nachzuweisen. Dies mag vielleicht einmal daran liegen, daß sie trotz Vorhandensein bzw. Vorhandengewesen-sein überhaupt nicht oder nur ungenügend festgestellt wurden, oder in der Beobachtungszeit während des Klinikaufenthaltes bzw. zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht das psychopathologische Bild beherrschten, so daß sie dem Untersucher entgingen. Weiterhin wäre bei der kurzen Beobachtungsperiode seit Krankheitsausbruch (1 1/4 Jahre) auch an die Möglichkeit zu denken, daß jene Symptome noch nicht in ausgeprägter Weise in Erscheinung getreten sind. Festzuhalten ist jedoch, daß das endogene juvenil-asthenische Syndrom (GLATZEL, HUBER 1968) neben den Leibgefühlsstörungen und bestimmten Denkstörungen auch durch die Entfremdungserlebnisse gekennzeichnet ist.

Sehr ausgeprägt erscheinen wiederum die Denkstörungen, die R.K. mehrmals zum Ausdruck bringt, und die GLATZEL als phänomenales Charakteristikum der autochthonen Asthenie auffaßt. Wenn R.K. schon bald nach dem Krankheitsbeginn von Konzentrationsschwierigkeiten spricht und auch während des ganzen Verlaufes immer wieder darüber klagt, so wird die zentrale Stellung, welche die Konzentrationsstörungen im Krankheitsgeschehen einnehmen, deutlich. Eindeutig zu beobachten ist nun, daß R.K. im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf den vieldeutigen Begriff der Konzentrationsstörung vermeidet und ihn differenzierter, nämlich als Vergeßlichkeit bzw. Merkfähigkeitsschwierigkeit wiedergibt. Die beiden zuletzt genannten Phänomene scheinen also tiefer zu wurzeln als "nur" eine Konzentrationsschwäche und auch tiefreichender vom Kranken erlebt zu werden. GLATZEL (1972) beschreibt sie als eine "Störung der Orientierungsstruktur", die vom Kranken in der Regel als "Vergeßlichkeit", "Zerstreutheit" erlebt wird. So klagte R.K. darüber, daß er dem Lehrer in der Schule, wenn er von ihm aufgerufen wurde, nicht habe antworten können, da seine Gedanken weg bzw. ganz wo anders waren (Zerstreutheit); oder, wenn er ein Buch las, so wußte er Minuten später nicht mehr, was er zuvor gelesen hatte (Merkfähigkeitsschwierigkeiten). Ein Sachverhalt kann demnach nur sehr schwer erfaßt werden und, wenn überhaupt, nur sehr schwer reproduziert werden. Diesen mnestischen Störungen liegt eine Beeinträchtigung des Denkens insofern zugrunde, als dieses sich in der jeweiligen Denkgestalt (GLATZEL 1972) erschöpft und nicht mehr auf ein noch nicht gedachtes Ganzes gerichtet ist. Dieses Ungenügen läßt nicht jeden Gedanken als Motiv für weitere werden, sondern betrachtet jeden einzelnen als endgültig. So kommt es zum Nebeneinanderbestehen von vielen voneinander unabhängigen Gedanken, wobei keiner von diesen einen nächsten von ihm abhängigen motiviert. Die Vielfalt unabhängiger Gedanken kann also das Phänomen der Zerstreutheit oder Ablenkbarkeit

bedingen, zum anderen kann durch das Ausbleiben der Gedankenmotivation sowohl die Reproduktion gestört sein, als auch wahrgenommene Gegenstände nicht in der Mehrdeutigkeit eines Sachverhaltes registriert werden.

Der bisherige Verlauf vom Krankheitsbeginn bis zur stationären Behandlung zeigte also auch bei R.K. die phänomenalen Charakteristika einer juvenilen autochthonen Asthenie (GLATZEL 1972), wobei auch hier zeitlich abgrenzbare charakteristische Zwischenstufen auftraten. Bei der Feststellung einer autochthonen Asthenie waren für GLATZEL letztlich aber diejenigen Patienten von besonderem Interesse, bei denen sich das Geschehen nicht zurückbildete, sondern über Jahre entweder stationär blieb wie im Fall 1, oder es schließlich zur Ausbildung des Sichtbildes einer schizophrenen Psychose kam. Die Nachuntersuchung bei R.K. hingegen zeigte jedoch weder ein seit Beginn chronisches Weiterbestehen des Krankheitsbildes, noch einen Übergang in eine schizophrene Psychose, sondern nahezu eine Vollremission, sieht man von gelegentlichen Belastungen durch Schwindelgefühle, verbunden mit Kopfschmerzen, ab. Ungeklärt blieb auch hier die Beobachtung, daß es einmal zum schizophrenen Schub kommt (vgl. Fall 4), das andere Mal die autochthone Asthenie Endpunkt der Entwicklung bleibt (vgl. Fall 1), weiterhin die kausale Frage, inwieweit die autochthone Asthenie überhaupt als autochthon zu beurteilen ist und nicht nur als eine Verlaufsstrecke in ein tiefgreifendes psychopathologisches Geschehen, etwa im Rahmen einer endogenen Psychose oder einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung eingebettet ist. Die nosologische als auch typologische Vieldeutigkeit der autochthonen Asthenie, so etwa die Unspezifität mit manchen psychotischen Residualsyndromen, wird hier deutlich. Betrachten wir den vorliegenden Fall im Längsschnitt, so sehen wir die phänomenalen charakteristischen Verlaufsab-

schnitte der autochthonen Asthenie mehr in den Rahmen einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung eingefafßt, nämlich zum Zeitpunkt der Dekompensation sozialer, körperlicher und seelischer Anpassung. Dem ist vorauszuschicken, daß man abnorme Entwicklungen vorzugsweise bei Menschen antrifft, die seit jeher einen vorgegebenen oder exponierten, dem Abnormen zugeneigten Charakteraufbau aufgewiesen haben und die man mit KAHN (1927) als diskordante Persönlichkeiten bezeichnen kann, um damit deutlich zu machen, daß es diesen Menschen nur mit Mühe, häufig unter Ausbildung kompensatorischer Vorgänge gelingt, nach außen jedenfalls sublimale Züge von Abnormität zu erkennen zu geben. Menschliches Versagen wird erst dann zu einer gefährlichen Kraft, wenn es dem Menschen nicht gelingt, sich mit Sachverhalten, an denen er nicht zu rütteln vermag, zu versöhnen. So auch bei R.K., der im Zuge der körperlichen und seelischen Umstellung während der Pubertät und Adoleszenz in einen Zustand der Dekompensation seiner ohnehin praedisponierten Anpassungsschwäche gerät. Hinzu kommen noch die Anpassungsschwierigkeiten, das Sichnichtanpassenkönnen oder -wollen an Forderungen, die bei R.K. die berufliche und schulische Ausbildung an den Menschen heranträgt. So gesehen wird auch die Aussage R.K.'s verständlich, wenn er zum Nachuntersuchungszeitpunkt rückblickend erklärt, daß er selbst den Krankheitseinbruch als "Folge des Leistungsdruckes in Schule und Arbeit", bzw. als "Ausbruchversuch aus dem ganzen Streß" verstehe. Daß nun gerade die Phänomene der von GLATZEL eigentlich an anderer Stelle geforderten autochthonen Asthenie auftraten, diese Frage muß auch hier wegen der schon weiter oben erwähnten vielen ungeklärten Beobachtungen offen bleiben. Jedenfalls läßt die zum Nachuntersuchungszeitpunkt fast vollständige Remission darauf schließen, daß jene Dekompensationserscheinungen, die das psychopathologische Bild einer autochthonen Asthenie trugen, unter Einbeziehung pharmakotherapeutischer, psychotherapeutischer, günstiger sozial-

psychologischer und soziologischer Faktoren abgeschirmt werden konnten, und eventuell unter Ausbildung kompensatorischer Vorgänge eine soziale Anpassung und ein vorläufiges Bewähren im Lebenskampf gelungen ist. Deshalb muß hierbei auch darauf hingewiesen werden, daß irgendein markantes Geschehen, die Gefühlsordnung eines tragenden Lebensinhaltes, eine tiefe Enttäuschung oder ein schwerer Verlust im weiteren Lebensablauf ein Rezidiv im Rahmen der abnormen Entwicklung hervorrufen kann.

3. Fall: F.G.

Der 1953 geborene F.G., aus dessen Familienvorgeschichte hervorzuheben ist, daß sein Großvater väterlicherseits depressiv veranlagt gewesen sei, begann das erste Mal mit 15 Jahren über Kopfschmerzen zu klagen. Etwa um dieselbe Zeit begannen den bis dahin leistungsfähigen Postlehrling Schwäche und Mattigkeitsgefühle zu überfallen. Er merkte, daß sich zudem eine regelrechte Arbeitsunlust bei ihm breit machte. Die Leistungen in Beruf und Schule sanken leicht ab. Eine pessimistisch gedrückte Stimmung, die er als "Traurigkeit" umschrieb, wurzelte sich ein. Hartnäckige Schlafstörungen ließen ihn immer weniger zur Ruhe kommen und verstärkten zudem noch die ihn körperlich und seelisch ohnehin stark belästigenden Beschwerden. Weiterhin häuften sich die Klagen über Konzentrationsschwierigkeiten und Nervosität. So berichtete er, daß er, wenn man ihn "bei der Arbeit beobachtete, unruhig, nervös und unkonzentriert" wurde. Drei Jahre lang blieb der Zustand stationär, bis erstmals mit 18 Jahren zu den immer schon vorhandenen Kopfschmerzen noch Magenschmerzen hinzutraten. Gleichzeitig wurde die Müdigkeit und Schwäche immer größer, die Konzentrationsfähigkeit und mit ihr die Leistungen in der inzwischen neu begonnenen Lehre als KFZ-Mechaniker verschlechterten sich weiter. Bei seinen Arbeiten wirkte er unkonzentriert und zerfahren. Andauernd quälte ihn die Angst, mit seiner Arbeit nicht fertig zu werden. Die Lustlosigkeit und Gleichgültigkeit seiner Umwelt gegenüber ließen seinen Kontakt zur Umgebung immer mehr einschränken. Als schließlich sein "innerer Schwung" völlig zum Erliegen kam, er in der Arbeit "überhaupt nichts mehr fertig brachte" und ernstliche suizidale Absichten hegte, erfolgte die Einweisung in die hiesige Universitäts-Nervenklinik. Bei der Einweisungsdiagnose stellte sich die Frage einer Hebephrenie. Unter thymoleptischer und gesprächstherapeutischer Behandlung besserte sich das psychopathologische Zustands-

bild soweit, daß seine Aktivität und sein Interesse an seiner Umgebung wieder gesteigert wurden, und die Kontaktfähigkeit zur Umwelt wieder einigermaßen hergestellt werden konnte, so daß er nach vierwöchiger stationärer Behandlung unter der Abschußdiagnose "Asthenische Persönlichkeit" nach Hause entlassen werden konnte. Fast 4 Jahre später sah ihn der Untersucher. Der nun 22-jährige befand sich in gutem körperlichen Allgemeinzustand, ebenso imponierte sein sauberes und gepflegtes äußeres Erscheinungsbild und seine freundliche Weise. Die soziale Katamnese ergab, daß F.G. seine KFZ-Mechanikerlehre mit Erfolg abgeschlossen hatte, jedoch vor einem halben Jahr im Zuge der schlechten Arbeitslage aus seinem Betrieb entlassen worden sei. Seitdem helfe er zuhause in der elterlichen Landwirtschaft mit. Sein Kontakt zur Umwelt ("viele Mädchenbekanntschaften") scheint sich sehr vielfältig zu gestalten. Ein in der Zwischenzeit aufgetretenes Ereignis verdient jedoch hier Erwähnung, nämlich die - genau wie auch im 1. Fall - Reaktion auf die Vorladung zur Musterung für die Bundeswehr. Ohne auch nur irgendeine Erklärung hierzu angeben zu können, kam er der Aufforderung nicht nach. Man sieht hier wiederum, wie bereits im 1. Fall erörtert wurde, eine Antwort auf eine Konfliktsituation als eine sthenische Reaktion, wo eigentlich charakterlich eine asthenische zu erwarten wäre. Auf seelisch-geistigem Gebiet waren ebenfalls keine Auffälligkeiten mehr bemerkbar. Er war in seiner Psychomotorik antriebsam, zeigte eine interessierte Mitarbeit bei der Exploration und war auch mit seinen Gefühlen jeder Situation angepaßt. Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten ließen sich nicht nachweisen. Er berichtete, daß er seit seiner Klinikentlassung vor 4 Jahren kaum mehr an erwähnenswerten körperlichen Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen zu leiden hatte. Von der stationären Behandlung an hätten auch seine Aktivität und sein Interesse, sein Antrieb und seine Energie wieder aufgenommen, so daß er bald wieder seine Arbeit aufnehmen konnte und sich auch wieder ungezwungen unter Leuten bewegen konnte. Die traurige Stimmung, die während der Krankheitsphase tief in ihm wurzelte, habe sich unter der medikamentösen Behandlung allmählich gelöst und sei eigentlich "sehr rasch danach" verschwunden. Von kurzen Verstimmungen abgesehen, die nicht länger als einige Stunden dauerten und ganz unregelmäßig aufträten, meistens dann, wenn "etwas in der Arbeit nicht so recht geklappt" habe oder er sich mit irgendjemandem "überworfen" habe, brauche er nicht mehr gegen eine traurige Grundstimmung anzukämpfen, wie es während seiner Krankheit jeden Tag der Fall gewesen sei. Habe er damals im Zustand der Resignation seiner lustlosen, antriebslosen und traurigen Lage ernsthafte Suicidgedanken gehegt, so sei er nun froh, daß es damals nicht zu einem ernstlichen Selbstmordversuch gekommen sei.

Betrachtet man den Krankheitsbeginn von F.G., und versucht die psychopathologische Symptomatik etwas aufzugliedern, so kann man wiederum zwei zeitlich voneinander getrennt liegende Verlaufsabschnitte erkennen, deren einer von körperlichen Beschwerden und deren anderer von affektiven Störungen mit einem Vitalitätsverlust geprägt ist. Die körperliche Symptomatik äußert sich bei F.G. zunächst in Kopfschmerzen mit Schwindelgefühlen und erfährt durch das Hinzutreten von Magenschmerzen im weiteren Verlauf eine vielfältige Aufgliederung, so daß man auch hier im Sinne von GLATZEL von einer Phase der gegliederten Leibgefühlsstörungen sprechen kann. Die meistens sehr bald in Erscheinung tretende nachlassende allgemeine körperliche Spannkraft, die F.G. als Schwäche und Mattigkeitsgefühl verbunden mit einer Arbeitsunlust beschreibt, leitet zu der zweiten abgrenzbaren Phase, nämlich der Phase der Affektivitäts- und Vitalitätsstörungen über. So klagte F.G. während dieser Phase hauptsächlich über Energielosigkeit, Mattigkeit, Aktivitätsverlust und Konzentrationsschwierigkeiten. Bei der Beschreibung seiner Stimmungslage verwendet er ganz charakteristischerweise nicht den Ausdruck "depressiv", sondern spricht von Traurigkeit, die weniger in Richtung Traurigsein und Niedergeschlagenheit geht, als vielmehr eine matte, erschlagene, lustlose, schwunglose, inaktive und resonanzlos anmutende leib-seelische Gestimmtheit zum Ausdruck bringen will. Bei der Betrachtung dieser Phänomenologie muß der Ausschluß einer nosologischen Zuordnung zu einer zylothymen Depression erfolgen. Man darf hier also weniger von einem seelischen Gefühl bestimmter Qualität sprechen, als vielmehr, wie es K.SCHNEIDER (1970) ausdrückt, von einer Störung der Vitalgefühle. Diese beiden Verlaufsabschnitte bestimmten also im wesentlichen das psychopathologische Zustandsbild von Krankheitsbeginn an bis zur Aufnahme in die Klinik. Erhebt sich nun der Verdacht auf eine Ausweitung der psychopatho-

logischen Phänomenologie in Richtung einer autochthonen Asthenie (GLATZEL 1972) hin, die über eine 3. Phase der Wahrnehmungsstörung hinweg schließlich hauptsächlich durch eine 4. Phase der Coenästhesien und Denkstörungen charakterisiert ist, so kann dieser Verdacht nur in einer Längsschnittbetrachtung des Krankheitsverlaufes entweder gesichert oder aufgehoben werden. Wie bereits oben beschrieben, zeigte sich 4 Jahre später jedoch keine Ausweitung des psychopathologischen Zustandsbildes, sondern eine nahezu vollständige Rückbildung, wie auch im 2. Fall R.K. Man wird also gut daran tun, die vorliegende Symptomatik weniger im Blickwinkel einer vielleicht nicht voll zur Ausprägung gekommenen autochthonen Asthenie zu sehen, als vielmehr unter dem Aspekt einer asthenischen Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsentwicklung, wie es auch die Entlassungsdiagnose zum Ausdruck brachte. So sehen wir nämlich die auftretenden Versagenszustände, die bei vorgegebener abnormer Persönlichkeitsstruktur vielleicht unter Ausbildung kompensatorischer Mechanismen weitgehendst verdeckt bleiben, an der biologischen Umschlagstelle der Pubertät und Adoleszenz auftreten. Die körperlichen, seelischen und sozialen Umwälzungen während dieser Zeit bedingen somit auch im vorliegenden Falle die Aufdeckung verschiedener Insuffizienzsyndrome, die eine asthenische Persönlichkeitsstruktur als ganzheitliche Voraussetzung haben.

Die Asthenie manifestierte sich in unserem Fall zunächst in einer somatischen und anschließend in einer psychischen Labilität. Das enge Verflochtensein physischer Faktoren kommt im Symptomenkomplex typischer asthenischer Versagenszustände zum Ausdruck. Hierher gehören Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, vegetative Dysfunktionen von mannigfaltiger Symptomatik, genauso wie rasche Ermüdbarkeit, Antriebshemmung, Nachlassen des Konzentrationsvermögens. Einem wesentlichen Zweck dient die Ab-

grenzung der leistungsstrebigen Astheniker, wie in unserem Fall, im Unterschied zu dem geläufigeren Typus leistungs-unwilliger und leistungsschwacher Astheniker. Der leistungs-entschlossene und -fähige, wenngleich dauernd gefährdete Astheniker gewinnt eben dann klinisches Interesse, wenn er, aus welchen Gründen auch immer - in unserem Fall während der Umschichtungsvorgänge in der Pubertät und Adoleszenz - aus dem mühsam aufrecht erhaltenen Gleichgewicht in eine schwere Leistungskrise gerät. Der Astheniker bedarf zur Verwirklichung von Zielsetzungen höchster Anspannung und Konzentration seiner Kräfte. So liegt es an dem rücksichtslosen Einsatz seiner "vitalen Reserven" (PETRILOWITSCH 1966), wenn er auf das Mißlingen seiner Bemühungen psychophysisch überschießend reagiert. Wenn das von dem Laien hartnäckig festgehaltene und dem Kliniker verpönte - weil sprachlich unglückliche- Wort vom "Nervenzusammenbruch" in irgendeinem Zusammenhange als Metapher von gewissem Wert ist, so sicherlich gerade zur Kennzeichnung asthenischen Versagens. In unserem Falle spricht das erstmalige Auftreten bislang nicht beobachteter Versagenszustände dafür, daß unter dem begünstigendem Einfluß der biologischen Vorgänge während der Pubertät eine schwere "Dekompensation" von in der Persönlichkeitsstruktur verankerten Reaktionsbereitschaften stattgefunden hat, die bis dahin am Ausleben gehindert wurden. Die kompensierenden Mechanismen entwickelten sich aber sehr bald nach der stationären Behandlung unter dem pharmakotherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Einfluß wieder. Die vitalen und leistungsbezogenen Gleichgewichtsverschiebungen zeigten sich jedoch auch weiterhin, nämlich dann, wenn F.G. berichtet, daß immer dann, "wenn etwas in der Arbeit nicht so recht klappe" oder er "sich mit jemandem überworfen" habe, die körperlichen Beschwerden und "melancholische Phasen" aufträten. Bei diesem hohen persönlichen Einsatz eines leistungsstrebigen Asthenikers, der wahrscheinlich oft krampfhaft versucht, akute Leistungs-

krisen gar nicht erst aufkommen zu lassen, ist es nicht verwunderlich, daß er mit einer viel empfindlicheren, psychischen und physischen Labilität als ein "Normaler" reagiert, wenn seine Bemühungen am Widerstand einer "vis major" scheitern, wenn der Mißerfolg von Faktoren abhängig ist, die sich seiner Einwirkung entziehen.

4. Fall: W.S.

Wie schon erwähnt, unterscheidet GLATZEL bei der Verlaufsbetrachtung der autochthonen Asthenie in seiner Untersuchungsgruppe 2 Kollektive, wobei das eine die Fälle umfaßt, bei denen es schließlich zu einer schizophrenen Psychose kam, das andere hingegen die Kranken enthält, bei denen nach Entwicklung der autochthonen Asthenie das Geschehen verharrte. In unserem 4. Fall zeigte sich nun zunächst das Bild einer von der Symptomgestaltung her ausdrucksarmen katatonen Schizophrenie, wobei eher uncharakteristische Symptome wie Klagen über körperliche Allgemeinerscheinungen und depressive Verstimmungen dominierten, die schließlich in einer kataton-schizophrenen Episode kulminierten. Erst die von unserem Patienten bei der Nachuntersuchung vorgebrachte Klage über seit der Klinikentlassung eingetretene Denkstörungen lenkte beim Untersucher den Verdacht auf eine autochthone Asthenie. Im folgenden wird nun versucht, an Hand der Krankengeschichte und hauptsächlich der Exploration im Rahmen der Nachuntersuchung, das vorliegende Beschwerdebild in den Zusammenhang mit der autochthonen Asthenie einzuordnen.

W.S., Student der Elektrotechnik, erkrankte 1974 im Alter von 20 Jahren. Auch die Cousine der Mutter litt an Depressionen und wurde schon mehrmals stationär behandelt. Die Kindheit verlief ohne nennenswerte Störungen, seine Schulleistungen einschließlich Abitur waren gut. 3 Wochen vor der Aufnahme war W.S. ängstlich und verstört nach Hause gekommen und hatte über Kopfschmerzen und allgemeines Unbehagen geklagt. Bedenklich äußerte er, daß er "das Studium

nicht mehr schaffe", daß er, wenn er zu Hause vor seinen Büchern sitze, mangels Konzentrationsvermögen "nichts aufnehmen" könne. Die Eltern beschwichtigten ihn zunächst, indem sie ihm erklärten, daß er sich mit dem Studium Zeit lassen könne. Sein Zustandsbild weitete sich jedoch immer mehr aus, Schlafstörungen stellten sich ein, eine unbeschreibliche Mattigkeit, Energie- und Lustlosigkeit überwältigten ihn, seine emotionelle Zuwendungsfähigkeit und sein reger Kontakt zu seiner Umwelt wurden immer mehr eingeengt, die Angst, seelisch krank zu sein und Existenzsorgen ("er finde später keine Anstellung", "es gäbe ohnehin genügend Ingenieure", "die Industrie sei auf ihn nicht angewiesen") machten sich breit. Er begann plötzlich seine Umgebung wie "hinter einem Schleier" zu erleben, die Nachbarn kamen ihm "alle so fremd" vor, als hätte er sie "noch nie gesehen". Diese Entremdungserlebnisse kulminierten schließlich in Wahnwahrnehmungen ("die Nachbarn hätten die Blumen in seinem Garten zertrreten und Fensterscheiben eingeworfen"). Die Antriebslosigkeit und Müdigkeit, die Zukunftsorgen, die Furcht "vor den Nachbarn und vor der Polizei" und das unbestimmte Gefühl der Bedrohung seiner Gesundheit ("etwas mit den Nerven zu haben") ließen ihn schließlich soweit kommen, daß er überhaupt nicht mehr aus dem Haus ging, alle seine Freundschaften abbrach, seine vielbetriebenen Hobbies aufgab und endlich auf Zuwendung nicht mehr reagierte. In diesem Zustand eines "depressiven Stupors" erfolgte die Aufnahme in die hiesige Universitäts-Nervenklinik. Unter neuroleptischer Behandlung kam es langsam zur Auflösung des katatonen Stupors und zu einer leichten Stimmungsaufhellung. Bei seiner Entlassung bestimmte hauptsächlich eine affektive Leere das Zustandsbild.

Der Untersucher explorierte W.S. 1 1/2 Jahre später. Die soziale Katamnese ergab, daß W.S. inzwischen sein Elektrostudium aufgegeben hatte. Seine Konzentrationsfähigkeit und die hinzugetretene Vergeßlichkeit hätten sich nämlich permanent verschlechtert, so daß er sich den scheinpflichtigen Kursen und Praktika nicht mehr gewachsen gefühlt habe. Zuweilen habe er noch Vorlesungen besucht, jedoch "nichts mehr mit dem Lernstoff über die Elektrotechnik anzufangen gewußt". Er "begreife auch jetzt einfach nichts mehr". Zwei inzwischen begonnene Lehren habe er wegen Untauglichkeit zur jeweiligen Arbeit und öfterem Zuspätkommen erfolglos abbrechen müssen. Derzeit arbeite er gelegentlich als Hilfsarbeiter auf dem Bau mit. Sein Kontakt zu den früheren Kameraden gestalte sich seit dem Ausbruch seiner Krankheit weiterhin sehr spärlich. "Einige Intellektuelle stünden ihm noch zur Seite". Auf psychischem Gebiet wirkte W.S. zum Nachuntersuchungszeitpunkt etwas antriebsarm und indolent. Seine emotionelle Zuwendungsfähigkeit erschien außerordentlich flach und zuweilen erheblich eingeschränkt. Eigenen Angaben zufolge leide er im derzeitig symptomarmen Intervall hauptsäch-

lich an Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwierigkeiten. Zwischendurch träten auch ab und zu, ohne eine bestimmte Regelmäßigkeit erkennen zu lassen, "Depressionen" auf, die einige Stunden bis Tage anhalten könnten. Dabei sitze er lustlos zu Hause herum, könne sich zu nichts aufraffen und quäle sich andauernd mit Existenzsorgen. Gleichzeitig würden auch Kopfschmerzen und Schwindelgefühle vorherrschen. Außer diesen "depressiven Verstimmungen" habe er über "keine weiteren seelischen Beschwerden" zu klagen.

Bei der näheren Betrachtung des bisher eineinhalb Jahre dauernden Krankheitsverlaufes können einige charakteristische Verlaufsstrecken in enge Beziehung zur autochthonen Asthenie gebracht werden. GLATZEL, der das nämliche Zustandsbild retrospektiv als "zu einer Psychose gehörig" bzw. als "Verlaufsabschnitt einer endogenen Psychose" versteht, gliedert es in 4 zeitlich aufeinanderfolgende Verlaufsabschnitte, nämlich in eine 1.Phase mit körperlich-vegetativer Symptomatik, eine 2.Phase der Vitalstörungen, einen 3.Abschnitt der Wahrnehmungsstörungen und einen 4.Abschnitt der Denkstörungen. In unserem Fall gleicht die primär schizophrene Psychose in ihrer psychopathologischen Ausprägung teils vor ihrem akuten Beginn und zum Teil nach dem Abklingen der psychotischen Episode, also im symptomarmen Intervall, der autochthonen Asthenie. So beginnt die Krankheit mit einer körperlich-vegetativen Symptomatik, nämlich mit Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, allgemeinem körperlichen Unbehagen und Schlafstörungen. Das sehr bald danach einsetzende Nachlassen der gesamten körperlichen Spannkraft rückt die Symptomatik ganz in die Nähe der Neurasthenie in dem Sinne, daß sie körperliche Erschöpfungszustände beschreibt. Dieses veränderliche und kapaziöse Krankheitsbild wird oft zunächst nicht ernst genommen, weder von der Umgebung, die von "eingebildeter Krankheit" spricht, noch vom Arzt, der sich oft zufrieden gibt, einfach jene Störungen zu behandeln, die den Kranken am meisten behindern. Im weiteren Krankheitsverlauf von W.S. folgt in zeitlich nicht genau abgrenzbarem Abstand die Phase der Vital-

störung, die sich bei ihm hauptsächlich in einer Insuffizienz der Dynamik, der Lustlosigkeit, Energielosigkeit, Mattigkeit und Antriebslosigkeit, in den Affekten der Furcht und Angst und hauptsächlich im deutlichen Nachlassen und schließlich Versagen der emotionellen Zuwendungsfähigkeit äußert. Die sich anschließende Phase der Wahrnehmungsstörungen begann zunächst in uncharakteristischen Entfremdungserlebnissen, die ihn durch einen "Schleier" von der Wirklichkeit, von den Menschen und Dingen getrennt vorkommen ließen und kulminierte schließlich in den bei ihm einsetzenden schizophrenen Wahnwahrnehmungen und Wahneinfällen. Jedoch lenkte erst die nach seiner Klinikbehandlung deutlich in Erscheinung tretende Phase der Denkstörungen den Blick auf die psychopathologische Symptomatik der autochthonen Asthenie. Die sich weiter verschlechternde Konzentrationsfähigkeit, die in jedem bisherigen Abschnitt aufgewiesen wird, und für den Kranken ein gewichtiges Symptom darstellt, wird während der 4. Phase erlebnismäßig bestimmend. Der Kranke beginnt nun die Konzentrationschwäche näher zu differenzieren und spricht von Vergeßlichkeit bzw. Merkfähigkeitsschwierigkeit, Denkleere ("einfach nicht mehr begreifen") und Einfallslosigkeit, wobei er ganz bewußt eine Störung des Denkens zum Ausdruck bringen will. Die am Ende dieser Denkstörung stehende "Sterilität des Denkens" läßt den Kranken schließlich alle wahrgenommenen Gegenstände und Sachverhalte anscheinend problemlos und mit keinem Hinweis auf Mehrdeutigkeit derselben registrieren. Dadurch, daß Probleme nicht mehr gesehen werden und Denken als Lösung der Probleme somit nicht mehr möglich ist, drückt sich eine Defizienz des Antriebs aus, die sich bei W.S. außer gelegentlichen Hilfsarbeiten bis hin zur Unproduktivität erstreckt. Dieses Antriebsdefizit kann sich natürlich auch in anderen seelischen Teilbereichen äußern. Da jedoch im vorliegenden Fall der Funktion des Denkens ein besonderer Stellenwert zukommt, zumal es sich um einen Studenten handelt, wird dieses Defizit im Denken besonders frühzeitig erlebt. Im Längsschnitt betrachtet zeigt der

Krankheitsverlauf weiterhin, daß die einzelnen Abschnitte nicht scharf gegeneinander abgesetzt sind, sondern fließend ineinander übergehen, so daß die Elemente des einen zum Teil auch im folgenden nachzuweisen sind. Sie können unterschiedlich stark ausgeprägt sein oder manchmal auch ganz fehlen (GLATZEL 1972). So konnten etwa zum Nachuntersuchungszeitpunkt bei W.S. hauptsächlich die psychopathologischen Symptome aus der 2.Phase und 4.Phase beobachtet werden, wie die Affektanomalien mit weiterhin bestehenden Vitalstörungen und vor allem die Denkstörungen. Dabei erschien die Affektivität wie semianästhesiert, was eine Unfähigkeit zum Ausdruck zu bringen schien, sich von den Situationen, die einen gesunden Menschen beeindrucken würden, betroffen zu fühlen. Die körperlichen Beschwerden träten laut eigenen Angaben nur mehr unregelmäßig intermittierend auf, Derealisationserlebnisse seien seit der stationären Behandlung verschwunden, hingegen zeigten eben die Vital- und Denkstörungen eine nahezu permanente Präsenz.

Die Intervallsyndrome, die als uncharakteristische schizophrene Residualsyndrome eine große Rolle in der Literatur spielen, entsprechen, wie man bei W.S. sieht, phänomenal durchaus der autochthonen Asthenie. Eine zugrundeliegende vorgegebene Insuffizienz mit verschiedenen Aspekten der körperlichen Beschwerden, der affektiven Anomalien, der Wahrnehmungs- und Denkstörung, die bis zum Krankheitsbeginn weitgehend verdeckt blieb bzw. eventuell kompensiert werden konnte, so scheint es, kommt im Gefolge einer akut beginnenden psychotischen Phase zum Vorschein. Es tritt ein Symptomenkomplex in Erscheinung, der anscheinend bereits vorhanden, im Sichtbild jedoch nicht erkennbar war. Die akut einsetzende psychotische Episode bringt eine schnelle Aufdeckung desselben. Das Weiterbestehen charakteristischer Symptome der autochthonen Asthenie nach Abklingen des katon-schizophrenen Schubs legt die Vermutung nahe, daß die erstrangige schizophrene Symptomatik hier also gleichsam

nur als eine typologisch eindeutig psychotische Exazerbation eingestreu ist, die vor dem Hintergrund eines autochthon-asthenischen Syndroms in Erscheinung tritt.

In der Verlaufsbetrachtung seines Untersuchungskollektivs berichtet GLATZEL ohne absolute oder prozentuale Zahlenangabe über die Fälle, die in eine Schizophrenie mündeten, daß sich nach Abklingen gelegentlicher kurzdauernder paranoider Episoden, plötzlicher oft nur Stunden währender tiefreichender Verstimmungen, in seltenen Fällen auch einer voll ausgeprägten schizophrenen Symptomatik ersten Ranges recht charakteristische Intervallsymptome fanden, die gelegentlich bis zur nächsten Exazerbation fortbestanden, zuweilen aber auch nur vorübergehend das Bild beherrschten. Diese Intervallsymptome entsprachen phänomenal durchaus den autochthonen Asthenien. In der Mehrzahl derjenigen seiner Fälle, bei denen sich während des Beobachtungszeitraumes eine typische Schizophrenie manifestiert hatte, sah er nach deren Abklingen erneut das Syndrom der autochthonen Asthenie in Erscheinung treten. Auf den Zusammenhang der autochthonen Asthenie mit einer schizophrenen Psychose wurde bereits in einem früheren Kapitel eingegangen (vgl. S. 14).

V. Diskussion

Bekanntlich bereitete es schon immer große Schwierigkeiten, eine im jugendlichen Alter auftretende psychotische Symptomatik einem der beiden großen Formenkreise endogener Psychosen zuzuordnen bzw. sie eventuell unter dem Aspekt einer Pubertätskrise zu sehen. Schuld daran sind einmal gerade die blanden und symptomarmen Bilder, zum anderen ein manischer und depressiver Zuschuß zu hebephrenen Bildern und umgekehrt, und die Beimischung puberaler Diskordanzen sowohl zum einen wie zum anderen psychopathologischen Formenkreis. So definierte schon KRAEPELIN 1893 die "Dementia praecox" als eigenartigen einfachen geistigen Schwächezustand im jugendlichen Alter, der sich ohne irgendwelche auffallenden Begleiterscheinungen, aber subakut entwickelt. BOSTROEM schreibt 1937: "Die Manie eines Jugendlichen wird dadurch, daß sie Züge des Pubertätsalters an sich trägt, oft mit Schizophrenie verwechselt, weil die manische Produktivität sich in ein läppisches Gewand kleidet. Hier könnte man versucht sein zu sagen, daß der Einfluß des Lebensalters die Unterschiede zwischen beiden Erkrankungen vorübergehend ... zu verwischen imstande ist." LEONHARD (1964) betont zutreffend, "daß man die vermeintliche Albernheit bei endogenen Psychosen allzusehr vom Hebephrenen her sieht", während auch "dem manischen Affekt zweifellos die Tiefe fehlen könne". Das blande und symptomarme psychotische Geschehen bei jugendlichen Schizophrenien kam in unserer Untersuchung durch einen relativ hohen Anteil unserer Patienten vom syndromdynamisch amorphen Typ (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970) zum Ausdruck, der hauptsächlich durch die Hebephrenie repräsentiert wird. Hier beobachteten wir mehr unspezifische Vitalstörungen, affektive Beeinträchtigungen, Denkstörungen und eine dynamische Insuffizienz, als schizophrene Symptome ersten und zweiten

Ranges im Sinne von K.SCHNEIDER. Traten produktiv-psycho-
tische Erscheinungen auf, so schienen sie mehr als akute
Exazerbationen auf dem Hintergrund eines blanden Gesamt-
verlaufes eingestreut. Auch für LEONHARD (1957) ist die
Hebephrenie eine "systematische Form", bei der "ein affek-
tiver Abbau ohne wesentliche katatone oder paranoide Er-
scheinungen" vorliegt. WEITBRECHT (1973) spricht vom
"Begriff der Hebephrenie, welcher nichts Symptomatisches
enthält, vielmehr lediglich das Auftreten der Psychose
im sehr jugendlichen Alter". Nach WIECK (1967) handelt
es sich meist "um die einfache Variante der Schizophrenie".
Daß aber die Hebephrenie als Hauptrepräsentant des
amorphen Typs mit weitgehend schlechter Prognose, von
PETRILOWITSCH, WINAU, BAER (1970) auch als "maligne Schizo-
phrenie" bezeichnet, nicht immer diesen Weg nehmen muß,
konnten wir etwa an einem anderen hebephrenen Fall zei-
gen, der syndromdynamisch dem polymorph-fluktuierenden
Typ (PETRILOWITSCH, WINAU, BAER 1970) folgte und trotz
mehrerer psychotischer Phasen danach wieder voll remittier-
te und insgesamt kein absinkendes Persönlichkeitsniveau
aufwies. Dieser heterogene Verlauf steht damit im Gegensatz
zur historisch am längsten bekannten Eigenschaft der Hebe-
phrenie, daß nämlich der unaufhaltsame, gleichmäßig lang-
sam oder schnell oder schubweise voranschreitende Prozeß
die Hebephrenie charakterisiert. Die soziologischen Daten
ergaben, daß bei einem durchschnittlichen Erstmanifestations-
alter von 18,7 Jahren die Krankheit in einer Periode be-
gann, in der der junge Mensch sich seine Existenz aufzu-
bauen versucht. Die Hälfte unserer Patienten (10 von 20)
kam zu keiner abgeschlossenen Berufsausbildung, weil der
frühe Krankheitsbeginn sie entweder zum Ausbildungsabbruch
zwang, oder sie nach Schulabschluß keine Ausbildung beginnen
ließ. In einem Fall mußte das Studium abgebrochen werden,
in drei Fällen mußte der erlernte Beruf aufgegeben werden,
vier Patienten konnten nach der Schule keine Ausbildung be-

ginnen. Gleichsam parallel zum sozialen Abstieg verlief die fehlende soziale Integrationsfähigkeit unserer Patienten. Hinsichtlich der Kontaktschwäche und hohen Ledigenquote bei schizophrenen Patienten stellten wir fest, daß hierzu wesentlich die sexuelle Gehemmtheit dem weiblichen Geschlecht gegenüber beitrug, die in sexuellen Skrupeln unserer Patienten zum Ausdruck kam.

Bezüglich des abnormen Pubertätswandels (W.KRETSCHMER 1972) im Gegensatz zum psychotischen fanden wir, daß die Reifung kritisch oder allmählich offenbarte, welche durch Vererbung, organische oder pädagogische Schädigungen hervorgerufenen Schwächen im Individuum gleichsam versteckt gewesen waren. Sie wurden eventuell verstärkt durch aktuelle menschliche Probleme und physische Belastungen, mit E.KRETSCHMERs Worten: "Schwierigkeiten der äußeren und inneren Lebenslage, Asynchronien der konstitutionellen Reifungsvorgänge, früh erworbene basale Hirnschäden, ebenso wie Erlebnisreize und Kollisionen mit dem ... Lebensraum" (E.KRETSCHMER 1971) brachten die Persönlichkeit nicht nur vorübergehend ins Wanken, sondern wirkten sich zum Teil über längere Zeit aus. So wurden durch die Pubertät psychopathische Persönlichkeiten und abnorme Persönlichkeitsentwicklungen mit seelischer Minderbelastbarkeit, abnormem Bewegungsdrang, Energieschwund, Gefühlsangel, anankastischen Willensimpulsen, phobischen Reaktionen usw. aufgedeckt. In den vermeintlichen Ursachen, die unsere Patienten für die Entstehung der Krise anschuldigten, kamen fast durchwegs puberale Schwierigkeiten zum Ausdruck. Die relativ häufig nachweisbare hereditäre Belastung sprach für die große Bedeutung der vorgegebenen Disposition dieses psychopathologischen Formenkreises. Wenn auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt in 4 von 10 Fällen kein psychopathologisches Zustandsbild nachweisbar war, so zeigten doch die übrigen 6 Patienten Insuffizienzgefühle in Form

körperlicher Beschwerden, Vitalitätsminderung, affektiver Beeinträchtigungen und mnestischer Störungen. Die bedeutende Rolle affektbetonter Tatsachen, die diese bei der Auslösung einer Krise oder Störung spielen (BLEULER 1972), konnten wir in unserer Untersuchung durch den hohen Anteil affektiver Insuffizienzen bestätigen. So uncharakteristisch uns die Versagenszustände auch schienen, im Längsschnitt betrachtet konnten wir hinsichtlich GLATZELs autochthonen Asthenien bei unseren 3 asthenischen Persönlichkeiten bestimmte Verlaufsabschnitte herausarbeiten, in denen ein ganz gewisses Insuffizienzsyndrom vorherrschte, so in einem ersten Stadium körperliche und coenästhetische Beschwerden, in einem zweiten allgemeine Vitalitätsminderung, in einem dritten Wahrnehmungsstörungen und im charakteristischen vierten Stadium Denkstörungen. Dabei waren die Denkstörungen weniger mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten gleichzusetzen, sondern ergaben, daß der Patient zwar Einzelheiten erfaßte, und eine Reihe richtiger Einzelschlüsse zu ziehen vermochte, jedoch beim Versuch einer übergeordneten Synthese, eines größeren gedanklichen Überblicks versagte. Es fand sich ein Unvermögen, einen auf ein Problem gerichteten Denkablauf nach den Aspekten hauptsächlich - nebensächlich zu steuern. Deutlich wurde ein Haftenbleiben an einzelnen Denkschritten, so zum Beispiel, wenn R.K. äußerte, er "verstünde einen Text nicht, weil er beim Lesen bereits nach mehreren Minuten den Anfang vergessen habe, und somit das Gelesene in keinen Zusammenhang einordnen könne". Beeinträchtigt war also jener höchste Teil der Persönlichkeit, den GRUHLE (1932) die "Denkinitiative" nannte. Hinsichtlich des Verlaufes dieser charakteristischen Form stellten wir in einem Fall einen protrahierten und progredienten, zum Defekt führenden Verlauf fest, in den beiden anderen Fällen war es, nachdem alle Stadien durchlaufen waren, zur Restitution mit Resozialisierung gekommen, wobei beide wieder berufsfähig wurden und zwischenzeitlich nicht wieder hospi-

talisierungsbedürftig waren. Da wir die einzelnen Verlaufsabschnitte auch bei einem kataton-schizophrenen Patienten beobachteten, wobei die bisher einmal aufgetretene psychotische Episode mehr auf dem Hintergrund dieses autochthonen asthenischen Syndroms in Erscheinung trat, konnten wir in dieser Untersuchung die Frage nach nosologischer und typologischer Stellung dieses Versagenssyndroms nicht schlüssig beantworten. Wir sahen also Verbindungen zur symptomarmen Schizophrenie und zu asthenischen, durch ein einmaliges Absinken der Aktivität charakterisierter Pubertätsentwicklung ohne psychotisches Geschehen, in einem Fall aber auch die Selbständigkeit dieses Krankheitsbildes im endogenen Bereich, das durch eine "zyklothyme" Querschnittssymptomatik und den chronischen Verlauf mit oder ohne Progredienz zum Defekt (BAER 1972) charakterisiert ist. Die Klärung dieser Frage kann nur unter Berücksichtigung der Verlaufsgestalt im Längsschnitt geklärt werden.

Bei den nachuntersuchten Suchtkranken fanden wir zur Hälfte (3 von 6 Patienten) Insuffizienzgefühle in Form einer affektiven Labilität und einer verstärkten Gefühlsbetonung aller Erlebnisse. Diese Flüchtigkeit der Affekte und eine zusätzliche erhebliche Willensschwäche hauptsächlich ihrer Sucht gegenüber verunmöglichte eine Beständigkeit im Streben und Handeln und eine einheitliche Zielrichtung des Denkens (BLEULER 1972), die im sozialen Abstieg und in den absinkenden moralischen Werten ihren Ausdruck fanden.

Bei der Untersuchung unserer 5 Patienten mit Hirnschädigungen durch äußere Gewalteinwirkung stellten wir fest, daß 2 wieder vollständig hergestellt werden konnten, 2 weitere zum Nachuntersuchungszeitpunkt mehr oder minder ausgeprägte Insuffizienzgefühle in Form allgemeiner Vitalstörungen wie erhöhte Reizbarkeit, Angstgefühle, depressive Verstimmungen, Antriebsverminderung und affektive Störungen zeigten, und einer erhebliche persönlichkeitsverändernde Defekte auf-

wies. Die Resozialisierung gelang in 4 Fällen, wobei in einem Fall eine berufliche Umschulung notwendig war. Bei unserem Patienten mit der veränderten persönlichen Eigenart machten hauptsächlich die erhöhte Antriebsstörung, seine aggressiven Affekte und die Distanzlosigkeit eine Einordnung in den allgemeinen Arbeitsmarkt unmöglich. Die Feststellung LANGE-COSACK's und LAUX's (1967), wonach keine direkte Beziehung zwischen der Schwere der Initialsyndrome unmittelbar nach dem Unfall und den darauffolgenden Residuen besteht, konnten wir in unserer Untersuchung durch zwei Fälle mit bis zu 4 Wochen anhaltendem schweren Durchgangs-Syndrom (WIECK 1967) nach schweren Gehirnkontusionen bestätigen, die beide 1/2 bis 2 Jahre später wieder vollständig remittiert waren. Dagegen zeigte sich deutlich eine Abhängigkeit der sozialen Bedeutung von der Schwere der posttraumatischen Residualsyndrome. Weiterhin sahen wir in Übereinstimmung mit LANGE-COSACK, daß etwa 1 1/2 - 2 Jahre nach dem Trauma der definitive Zustand erreicht wurde, und danach eine wesentliche Änderung des Zustandsbildes nicht mehr stattfand. Diese Tatsache kann sehr leicht zur Enttäuschung bei den Angehörigen führen, wenn es bald nach einem schweren Trauma zu einer überraschenden Besserung und Rückbildung der psychischen Symptomatik kommt, und später dann die Rückbildung der krankhaften Residuen einschließlich Antriebs- und Leistungsschwäche immer langsamer vonstatten geht bzw. schließlich ganz sistiert.

Es läßt sich also sagen, daß die pathoplastischen Einflüsse des Jugendalters mehr uncharakteristische, in den verschiedenen psychopathologischen Formenkreisen oft beinahe gleichaussehende Insuffizienzsyndrome bedingen, deren Unspezifität gerade dazu zwingen, in jedem Einzelfall genau die Frage zu prüfen, in welchen Zusammenhang das vorliegende psychopathologische Querschnittsbild einzuordnen ist. Rest-

lose Diagnosesicherheit, ob es sich etwa nur um Wiederholungen kinderlicher Verhaltensstörungen, um pubertäts-spezifische Krisenzustände, um Begleiterscheinungen der Persönlichkeitsentwicklung, um abnorme Persönlichkeiten oder um eine tiefergreifende psychotische Erkrankung handelt, kann dabei sehr oft erst die Verlaufsbetrachtung ergeben.

VI. Zusammenfassung

In den Jahren 1972 bis einschließlich 1975 wurden in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen insgesamt 140 männliche jugendliche Patienten stationär behandelt. Davon konnten 38 persönlich nachuntersucht werden, in 5 Fällen erhielten wir ausreichende schriftliche Information. Es kam uns darauf an, juvenile Insuffizienzsyndrome in Form neurasthenischer und coenästhetischer Empfindungen, dynamischer und affektiver Insuffizienz und Denkstörungen sowohl im Rahmen von Pubertätskrisen, im Vorfeld psychotischer Erkrankungen bzw. in deren Intervallen, bei der Aufdeckung abnormer Persönlichkeiten als auch bei Suchtkranken und in posttraumatischen Zuständen herauszuarbeiten und in bestimmten Fällen die Frage zu prüfen, inwieweit sich das vorliegende unspezifische Beschwerdebild in den Zusammenhang mit der autochthonen Asthenie (GLATZEL 1972) einordnen läßt.

Unsere Patienten mit einer endogenen Psychose versuchten wir in die syndromdynamische Gliederung nach PETRILOWITSCH, WINAU und BAER (1970) einzuordnen, was in jedem einzelnen Falle ohne Zwang gelang. Dabei zeigte sich, daß beim überwiegenden Teil, nämlich bei 13 von 20 Patienten dieses Kreises, eine blande Verlaufsform mit mehr persönlichkeitsverändernden Symptomen, wie allgemeinen Vitalstörungen, affektiven Beeinträchtigungen, Denk- und Konzentrations-schwierigkeiten und weniger charakteristischen schizophrenen Symptomen ersten und zweiten Ranges im Sinne von K.SCHNEIDER vorlagen. Diese Gruppe, hauptsächlich repräsentiert durch Hebephrenien, hatte sich im bisherigen Verlauf sowohl in therapeutischer wie verlaufsabhängiger Hinsicht in prognostisch ungünstiger Weise qualifiziert. Sie stellt nach PETRILOWITSCH, WINAU und BAER den amorphen Typ oder die "maligne Form der Schizophrenie" dar. Es konnte aber auch gezeigt werden, daß nicht jede Hebephrenie diesem prognostisch

ungünstigen Verlauf folgen muß, sondern verschiedene Möglichkeiten eines heterogenen Verlaufs aufweisen kann. In der sozialen Epikrise konnte festgestellt werden, daß das niedrige Erstmanifestationsalter von 18,7 Jahren die Hälfte unserer Patienten zu einem Ausbildungsabbruch zwang oder sie nach Schulabschluß keine feste Ausbildung beginnen ließ. Insgesamt sahen wir einen sozialen Abstieg im Beruf nach Krankheitsausbruch und in keinem Fall einen sozialen Aufstieg. Die soziale Einordnungsfähigkeit lief nahezu parallel zur sozialen Stellung im Beruf. Unsere 10 nachuntersuchten Patienten aus dem Formenkreis abnormer Persönlichkeiten, Entwicklungen und Reaktionen zeigten zur Hälfte eine hereditäre Belastung im Verwandtschaftskreis ersten Grades, was die vorgegebene Disposition (PETRONIUS 1966, BLEULER 1972) unterstreicht. Hinsichtlich der Intervallsymptomatik standen körperliche und somatoforme Beschwerden, allgemeine Vitalstörungen, affektive Beeinträchtigungen und Denkstörungen im Vordergrund, die jedoch nicht unbedingt prognostisch ungünstig gewertet werden mußten. Diesbezüglich kann neben der prämonitoren Lebensstichtigkeit eines Patienten nur die langjährige Verlaufserwartung Auskunft geben. Der Vergleich unserer asthenischen Persönlichkeiten und eines Patienten mit katatoner Schizophrenie mit den Verlaufsfiguren autochthoner Asthener (BLATT 1972) erbrachte in einem Fall die typologische Selbstständigkeit dieses Krankheitsbildes mit 6-jährigen chronisch-progredientem Verlauf zum Defekt. In anderen Fällen bildeten sich die anfangs deutlich abgrenzbaren phänomenologischen Zwischenstufen wieder zurück und waren zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht mehr nachweisbar, so daß diese beiden Verlaufsfiguren jugendlicher Versagenszustände mehr unter dem Aspekt einer asthenischen Persönlichkeit bzw. einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung zu sehen waren. Bei unserem Patienten mit katatoner Schizophrenie konnte im Längsschnitt die Sukzession der verschiedenen Verlaufsphasen verfolgt werden, was somit

für die Vermutung GLATZEL's sprach, daß das autochthon-asthenische Syndrom im Rahmen eines schizophrenen Prozesses auftreten könne, wobei die erstrangige schizophrene Symptomatik hier gleichsam als akute psychotische Exazerbationen, eingestreut in den Hintergrund dieses Syndroms, in Erscheinung tritt. Somit konnte auch hier nur die nosologische und typologische Vieldeutigkeit und die Unspezifität dieses Syndroms mit manchen psychotischen Residualsyndromen festgestellt werden.

Unter den 6 nachuntersuchten jugendlichen Suchtkranken waren zur Hälfte ein sozialer Abstieg im Beruf und dissoziale Verhaltensstörungen in Form eines permanenten Alkohol- bzw. Drogenmißbrauchs, Suicidversuche und krimineller Delikte festzustellen. Die andere Hälfte der Patienten konnte das soziale Niveau in etwa halten, keiner jedoch anheben. Körperliche Schäden waren bereits in einem Fall eingetreten. Auf psychischem Gebiet fanden sich vor allem erhebliche affektive Störungen, mangelnde einheitliche Grundstimmung, Willensschwäche und erheblich eingeschränkte Gedächtnisleistungen. Prognostisch orientierten wir uns in dieser Gruppe am bisherigen Therapieerfolg, an dem noch vorhandenen Wertgefüge, der Bereitschaft zur Behandlung und der sozialen Integrationsfähigkeit.

Die Nachuntersuchung der 5 Patienten, die eine Hirnkontusion erlitten hatten, erbrachte eine uneinheitliche körperliche und seelische Residualsymptomatik, wobei festzustellen war, daß sich nach anfangs rascher Remission - soweit es nicht zur Restitutio ad integrum wie in 2 unserer Fälle kam - sich allmählich ein bleibendes posttraumatisches Defektsyndrom herauszubilden schien. Im übrigen fand sich keine direkte Beziehung zwischen der Schwere der Initialsymptome unmittelbar nach dem Unfall und den darauffolgenden körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen.

Die beiden Patienten mit frühkindlichen Hirnschäden erbrachten hinsichtlich unserer Insuffizienzsyndrome keine wesentlichen Aspekte, wurden jedoch der Vollständigkeit

unserer Untersuchung halber dargestellt.

Wenn schlußendlich noch etwas zum erwarteten Sinn und Zweck unserer Untersuchung bemerkt werden soll, so ist hierzu zu sagen, daß wir davon ausgingen, in Anlehnung an GLATZEL's autochthone Asthenien, entsprechende juvenile Insuffizienzsyndrome bei unserem Patientenkollektiv herauszuarbeiten, um dieses Krankheitsbild eventuell als eigenen Typus in der psychiatrischen Systematik besser plazieren zu können. In 4 Fällen konnten wir die Phänomenologie der autochthonen Asthenie deutlich aufzeigen, wobei wir in einem Fall das Krankheitsbild hinsichtlich des Verlaufes als eigenständigen Typus, charakterisiert durch eine zykllothyme Querschnittssymptomatik mit chronischem Verlauf (BAER 1972), darstellen konnten, in 2 anderen Fällen sahen wir es in Verbindung mit abnormen Persönlichkeiten bzw. -entwicklungen und einmal in Verbindung mit einer Schizophrenie. Die Frage nach der endgültigen nosologischen und typologischen Zuordnung dieses Krankheitsbildes blieb auch in unserer Untersuchung offen. Beim übrigen Krankengut interessierte vor allem der psychische und soziale Werdegang seit der Klinikentlassung, der aufgeteilt nach den jeweiligen psychiatrischen Krankheitseinheiten ausführlich in unserer Kasuistik dargestellt wurde.

VII. Literaturverzeichnis

- BAER, R.: Schizophrenietypologie in struktur-psychiatrischer Sicht. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 24 (1972), 328
- BENEDETTI, G., KIND, H., WENGER, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1961-1965. Übersicht (Teil II). Fortschr. Neurol. Psychiat. 2 (1967), 41
- BERNFELD, S.: Types of adolescence. Psychoanal. Quart. 7 (1938), 243
- BILIKIEWICZ, T.: Das Hebephrenieproblem. In: Reifung als Grund von Krise und Psychose, hrsg. v. W. Kretschmer. Thieme, Stuttgart 1972.
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 12. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- BOSTROEM, A.: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild. Arch. Psychiat. Nervenkr. 107 (1937), 155
- BRÄUTIGAM, W.: Analyse der hypochondrischen Selbstanalyse. Nervenarzt 27 (1958), 409
- BREITWEG, I.: Zur Phänomenologie juveniler Insuffizienzsyndrome. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart 1958.
- CRAMER, A.: Über jugendliche Verbrecher. Psychiat. 56 (1899), 818
- DEBESSE, M.: La crise d'originalité juvénile. Presses Universitaires, Paris 1941.
- ERNST, K.: Prognose psychoreaktiver und psychogener Störungen. In: Lehrbuch der Psychiatrie, hrsg. v. M. Bleuler. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- EY, H.: Manuel de psychiatrie. Masson, Paris 1970.

- GLATZEL, J., HUBER, G.: Zur Phänomenologie eines Typs endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome. Psychiat. clin. 1 (1968), 15
- GLATZEL, J.: Autochthone Asthenien. Fortschr. Neurol. Psychiat. 40 (1972), 596
- GRUHLE, H.: Die Schizophrenie. Die Psychopathologie. In: Bumke, O., Hb. d. Geisteskrankheiten. Vol IX, Springer, Berlin 1932.
- GRUHLE, H.: Grundriß der Psychiatrie. Bergmann, München 1947.
- HAEFNER, H.: Hypochondrische Entwicklungen. Nervenarzt 30 (1959), 529
- HENSELER, H.: Narzistische Krisen, Rowohlt, Hamburg 1974.
- HUBER, G.: Die coenästhetische Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 25 (1957), 491
- HUBER, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Neurol. Psychiat. 34 (1966), 409
- JAEGER, A.: Die Pubertätskrise aus dem Blickwinkel ihrer Weiterentwicklung. Diss. med. Tübingen 1964.
- JACOB, H.: Stumme Symptome und Symptomverschmelzung bei endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964), 188
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin Göttingen, Heidelberg 1959.
- JANZARIK, W.: Schizophrene Verläufe. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1968.
- KAHN, E.: Über psychopathische Verläufe. Münch. med. Wschr. 74 (1927), 1404
- KRAEPELIN, E.: Dementia praecox. In: Reifung als Grund von Krise und Psychose, hrsg. v. W. Kretschmer, Thieme, Stuttgart 1972.
- KRETSCHMER, E.: Schizophrenien und Pubertätskrisen und ihre seelische Führung. Mschr. Psychiat. Neurol. 125 (1953), 562
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. 13. Auflage, Thieme, Stuttgart 1971.

- KRETSCHMER, W.: Reifung als Grund von Krise und Psychose. Thieme, Stuttgart 1972.
- KREUSER, F.: Zur Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie. Allg. Z. Psychiat. 70 (1913), 873
- LABHARDT, F.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963.
- LANGE-COSACK, H.: Die Prognose der Schädel-Hirntraumen im Kindes- und Jugendalter. In: Jahrbuch für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bd.V, Huber, Bern, Stuttgart 1967.
- LANGEN, D., STOLZE, H.: Die Pubertät als kritisches Stadium. Lehmann, Mainz, München 1966.
- LAUX, W.: Katamnesen von Kindern mit Hirntraumen. In: Jahrbuch für Kinderpsychiatrie und ihrer Grenzgebiete, Bd.V, Bern, Stuttgart 1967.
- LEMPPE, R.: Die chronischen organischen Psychosyndrome. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, hrsg. v. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1971.
- LEONHARD, K., S.v.TROSTORFF: Prognostische Diagnose der endogenen Psychose. Fischer, Stuttgart 1964.
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag Berlin 1957.
- LINDEN, K.-J.: Die Suicidversuche. Versuch einer Situationsanalyse. Enke, Stuttgart 1969.
- MALE, P.: La neurose d'echec chez l'adolescent. Rev. Neuropsychiat. infant. 16 (1968), 447
- MEYER, J.E.: Psychopathologie und Klinik des Jugendalters. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd.II, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- MEYER, J.E.: Reifungskrisen der Adoleszenz, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Prognose. Arch. Psychiat. Nervenkr. 203 (1962), 235

- NISSEN, G.: Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, hrsg. v. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1971.
- PERELMANN, A.: Zur Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 100 (1926), 311
- PETRILOWITSCH, N.: Abnorme Persönlichkeiten. Karger, Basel, New York 1966.
- PETRILOWITSCH, N.: Die Schizophrenien in strukturpsychiatrischer Sicht. Psychiat. clin. 2 (1969), 289
- PETRILOWITSCH, N., WINAU, J., BAER, R.: Die Schizophrenien in strukturpsychiatrischer Sicht. II. Mitteilung: Ergebnisse katamnestischer Untersuchungen an 120 Kranken. Psychiat. clin. 3 (1970), 257
- REMSCHMIDT, H.: Neuere Ergebnisse zur Psychologie und Psychiatrie der Adoleszenz. Z. Kinder- Jugendpsychiat. 3 (1975), 67
- REMSCHMIDT, H., DAUNER, J.: Zur Ätiologie und Differentialdiagnose depressiver Zustandsbilder bei Kindern und Jugendlichen, Jb. Jugendpsychiat. VIII (1971), 13
- RINGEL, E.: Selbstmordverhütung. Huber, Bern, Stuttgart 1969.
- SCHENK-DANZINGER, L.: Entwicklungspsychologie. Österr. Bundesverlag, Wien, München 1969.
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 9. Auflage, Thieme, Stuttgart 1970.
- STRÖMGREN, E.: Psychiatrische Genetik. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- WEITBRECHT, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. 3. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
- WIECK, H. H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1967.

Ich danke Herrn Privatdozenten Dr. R. Baer für die Organisation bei der Durchführung der ambulanten Nachuntersuchung und für die Hinführung zu den psychopathologischen Problemen der Psychiatrie. Er stand mir mit seinem Rate immer zur Seite.

L E B E N S L A U F

Ich wurde am 30. Juni 1953 als Sohn des Postbetriebsassistenten Willibald Meyer und seiner Ehefrau Gertrud, geb. Arnold, in Freystadt geboren.

Nach vierjährigem Besuch der Volksschule in Hilpoltstein ging ich 1963 an das humanistische Gymnasium in Eichstätt und später an das humanistische Gymnasium in Schwabach, wo ich 1973 mein Abitur bestand.

Das Studium der Medizin begann ich im Wintersemester 1973/74 an der Universität Erlangen-Nürnberg. Im August 1975 legte ich dort die Ärztliche Vorprüfung erfolgreich ab.

Den klinischen Teil meines Studiums schloß ich an der Universität Erlangen-Nürnberg mit der Ärztlichen Prüfung im November 1979 ab.

